

La psicología del self y la agresión. Reflexiones sobre la experiencia aversiva, la cultura y la construcción de capacidades evolutivas

Self psychology and aggression — Reflections on aversive experience, culture, and building developmental capabilities

Marie Hellinger y Elizabeth M. Carr

Institute of Contemporary Psychotherapy and Psychoanalysis (ICP+P), Washington, DC

Resumen

Desde su origen, la psicología del *self* ha sido criticada por no abordar adecuadamente la agresión. Se explora esta crítica, comenzando con la posición de Heinz Kohut sobre la agresión y luego pasando a debatir las propuestas de Joseph Lichtenberg sobre la agresión y la aversión, el sistema motivacional aversivo. Se describe el proceso de desarrollar nuevas capacidades adaptativas evolutivas en el sistema motivacional aversivo a través de una serie de viñetas clínicas. Además, se incluye un foco en la diversidad, la cultura y los prejuicios que se activaron espontáneamente entre la pareja analítica.

Palabras clave: psicología del *self* y agresión, capacidades evolutivas, sistema motivacional aversivo, cultura y diversidad

Abstract

From the beginning, self psychology has been criticized for failing to adequately address aggression. This critique is explored beginning with Heinz Kohut's position on aggression and then moving to discuss Joseph Lichtenberg's proposals concerning aggression and aversiveness, the aversive motivational system. In a number of clinical vignettes, the process of developing new, adaptive developmental capacities in the aversive motivational system are described. Additionally, a focus on diversity, culture, and bias which spontaneously became activated between the analytic partners is included.

Keywords: self psychology and aggression, developmental capacities, aversive motivational system, culture and diversity

Artículo traducido y publicado con autorización: Hellinger, M. y Carr, E. M. (2021) Self psychology and aggression — Reflections on aversive experience, culture, and building developmental capabilities. *Psychoanalytic Inquiry*, 41(3), 199-212. <https://doi.org/10.1080/07351690.2021.1886826>

Descargo de responsabilidad: el artículo utiliza un estilo de citación y referencias distinto al que utiliza *Aperturas Psicoanalíticas*, puesto que es una traducción y se conserva el formato original.

Traducción: Marta González Baz

Revisión: Lola J. Díaz-Benjumea

Necesitamos explorar la organización de problemas para manejar la controversia en pie de igualdad con los problemas con la intimidad, la función sexual, la regulación fisiológica o la asertividad y la exploración. (Lichtenberg y Kindler, 1988, p. 67)

El foco en la indagación empática se basará ahora en una sensibilidad contextual radical reconociendo que ninguna experiencia diádica puede entenderse sin la contribución del mundo histórico/cultural más amplio en el que se inscribe dicha experiencia. (Sucharov, 2019, p. 93)

La teoría de Heinz Kohut que formulaba la psicología del *self* fue recibida con críticas por parte de muchos dentro del sistema psicoanalítico predominante de su época (Carr y Cortina, 2011; Strozier, 2001). Dado que Kohut rechazaba la idea establecida de un sistema pulsional dual (sexo y agresión), sus nuevas ideas eran sospechosas (Teicholz, 1999). Algunos de los antiguos amigos y colegas de Kohut llegaron incluso a darle la espalda en los encuentros psicoanalíticos. Desde entonces, una de las principales críticas es que Kohut no abordó adecuadamente la agresión ni en su teoría del desarrollo ni en sus recomendaciones clínicas. Aunque los pensadores psicoanalíticos clásicos fueron los primeros en criticar el pensamiento de Kohut sobre la agresión, esas opiniones se acabaron extendiendo para abarcar a una serie de pensadores de otras escuelas psicoanalíticas, incluyendo el pensamiento kleiniano moderno, la teoría británica de las relaciones objetales y algunos teóricos relacionales (Lachmann, 2001; Strozier, 2001). De hecho, a lo largo de los años nos ha llamado la atención la frecuencia de una pregunta concreta de los miembros del público a los presentadores clínicos de orientación psicológica del *self* en las conferencias psicoanalíticas: "¿Dónde está la agresión en este caso?". Su implicación es bastante clara: se considera que los psicólogos del *self* se apartan y/o evitan las intensas reacciones de ira de sus pacientes.

¿Cuál es la base de esta crítica recurrente a Kohut y a la psicología del yo con respecto a la agresión? Creemos que puede estar relacionada con un énfasis histórico dentro de la psicología del *self* en la respuesta empática del terapeuta a las heridas narcisistas de un paciente y a las reacciones de rabia asociadas con ellas. Los clínicos influenciados por el pensamiento de Kohut se han caracterizado por ofrecer respuestas dirigidas a la herida subyacente al antagonismo de un paciente y a sus respuestas de ira asociadas, potencialmente a expensas de abordar más directamente los afectos de ira del paciente. Aunque estamos de acuerdo con la noción de que los terapeutas de la psicología

del *self* demuestran una propensión al compromiso empático para explorar los sentimientos subyacentes de dolor y rabia del paciente respecto a ser herido, rechazamos la atribución de que esto conduce automáticamente a una evitación terapéutica de la agresión.

Un ímpetu para escribir este artículo implica tomar esta crítica de Kohut al tiempo que elaboramos nuestro propio pensamiento sobre la agresión y la psicología del *self*. Comenzamos revisando los puntos de vista de Kohut sobre la agresión. A partir de ahí, describimos un modelo evolutivo contemporáneo de protesta, antagonismo, rabia y retraimiento englobado en el constructo del sistema motivacional aversivo de Joseph D. Lichtenberg (1989). Por último, nuestro enfoque incluye una perspectiva que tiene en cuenta el mundo sociocultural más amplio e integramos una conciencia de la historia, la cultura y la diversidad en nuestro pensamiento y enfoque clínico. En una serie de viñetas dispersas a lo largo del artículo, exploramos las formas en que una diferencia como el género, la raza, la etnia o la orientación sexual entre el paciente y el analista presenta desafíos particulares .

Kohut y la agresión

Como se ha mencionado, una de las principales críticas a Kohut y sus contribuciones fue que no abordó adecuadamente el tema de la agresión (Lachmann, 2001; Strozier, 2001). De hecho, Kohut (1972) articuló una perspectiva muy diferente de la oscura visión de Freud sobre la naturaleza humana que incluye un impulso destructivo innato. Por ejemplo, Kohut consideraba la competencia sana y la asertividad como primarias en el desarrollo y como parte de un repertorio humano expansivo y lúdico, versus considerar los esfuerzos competitivos como derivados diluidos de la agresión innata (Magid y Shane, 2017).

Kohut (1972) distinguía entre dos formas de respuestas agresivas: la ira ordinaria, el enfado, y la irritación frente a los estados de rabia destructiva que lo abarcan todo. En la primera forma, las capacidades de protesta, de asertividad y de compromiso con el antagonismo, al tiempo que se puede apreciar tanto la subjetividad propia como la del otro por separado, pueden conducir a una resolución positiva. O, en otro escenario, se puede determinar que el enfoque más adaptativo implica la retirada y el distanciamiento, como dejar un trabajo insatisfactorio o retirarse de una relación unilateral. Sin embargo, Kohut consideraba la rabia de forma diferente, argumentando que esas respuestas agresivas intensas se activaban en respuesta a casos de daños narcisistas y fallas del objeto del *self*. En estos momentos, los individuos enfurecidos suelen quedar atrapados en un estado antagonista abrumador y pierden su capacidad de ver más allá de su propia experiencia subjetiva. En consecuencia, las capacidades que podrían dirigirse hacia la percepción empática de la experiencia del otro se ven seriamente comprometidas y la parte perjudicada puede llegar a estar abrumadoramente preocupada por la ira y por las fantasías de venganza.

Kohut (1971, 1977, 1984) creía que los inevitables fallos empáticos del analista eran los elementos básicos de un proceso clínico transformador. El comprensible enojo y la rabia del paciente en estos casos debían ser comprendidos empáticamente desde el punto de vista del paciente y convertirse en nuevas oportunidades de conexión y comprensión. De este modo, las secuencias de interrupción y reparación entre el paciente y el analista eran centrales en la visión que tenía Kohut de la acción terapéutica. La clave

de la reparación implicaba la capacidad del analista para empatizar con la experiencia del paciente de ser dañado por las acciones (o no acciones) del analista. A partir de las ideas de Kohut sobre la interrupción y la reparación, surgió un principio central de un enfoque clínico de la psicología del *self*: la importancia de colocar la experiencia subjetiva del paciente en el centro de la empresa de tratamiento de una manera empática y cercana a la experiencia. Este enfoque sigue siendo fundamental para el pensamiento y la práctica de la psicología del *self* contemporánea.

Kohut (1971, 1977, 1984) creía que los inevitables fallos empáticos del analista eran los elementos básicos de un proceso clínico transformador. El comprensible enojo y la rabia del paciente en estos casos debían ser comprendidos empáticamente desde el punto de vista del paciente y convertirse en nuevas oportunidades de conexión y comprensión. De este modo, las secuencias de interrupción y reparación entre el paciente y el analista eran centrales en la visión que tenía Kohut de la acción terapéutica. La clave de la reparación implicaba la capacidad del analista para empatizar con la experiencia del paciente de ser dañado por las acciones (o no acciones) del analista. A partir de las ideas de Kohut sobre la interrupción y la reparación, surgió un principio central de un enfoque clínico de la psicología del *self*: la importancia de colocar la experiencia subjetiva del paciente en el centro de la empresa de tratamiento de una manera empática y cercana a la experiencia. Este enfoque sigue siendo fundamental para el pensamiento y la práctica de la psicología del *self* contemporánea.

En cuanto a la vida personal de Kohut, una serie de eventos traumáticos que incluyen la anexión nazi de Viena, la pérdida de su hogar familiar, su huida a Inglaterra y su emigración final a América han sido bien documentados por Strozier (2001). Tanto Teicholz (1999) como Strozier (2001) reflexionaron sobre cómo esas experiencias influyeron en el desarrollo de la teoría de Kohut. Más recientemente, Irene Philipson (2017) y T. Kohut's (2018) aportan una nueva perspectiva respecto a la cuestión de cómo el trauma personal afectó a Kohut y a su teoría. Aunque lo abordan de manera diferente, ambos se centran en la estrategia de evitación de Kohut con respecto al reconocimiento de la importancia histórica y psicológica de este período traumatizante en su sentido del *self*, su identidad y su teoría. Por ejemplo, en la conferencia de la International Association for Psychoanalytic Self Psychology (IAPSP) de 2018, celebrada en Viena, fue bastante sorprendente escuchar a T. Kohut -analista e historiador- describir su experiencia al crecer con su padre (T. Kohut, 2018): "Ciertamente, en mi familia, mucho de lo que hoy asociamos con el Holocausto era un gran secreto y un gran silencio" (p. 5).

Puesto que la comunidad de la psicología del *self* está abarcando un mayor foco en el impacto de la historia y la cultura tanto en el desarrollo individual como en los procesos clínicos, se han planteado preguntas sobre la experiencia de Kohut en Viena durante la ocupación nazi y en los años posteriores. En concreto, ¿cómo afectó la experiencia traumática vivida por Kohut a sus puntos de vista sobre la agresión (IAPSP discusión online, junio, 2019)? Estas importantes preguntas exceden el alcance de este artículo. Sin embargo, no podemos dejar de preguntarnos si el énfasis de Kohut en la posibilidad de recuperación -poniendo la ruptura y la reparación en el centro mismo de la tarea clínica- estaba relacionado con su propia capacidad para sobrevivir y seguir adelante vigorosamente a pesar de las muchas experiencias traumáticas en Viena y después. Para Kohut, esas experiencias y el modo en que lo afectaron, por lo que sabemos, permanecieron en gran medida silenciadas.

La contribución de Lichtenberg: el sistema aversivo

En 1989, Lichtenberg publicó su libro, *Psychoanalysis and Motivation*, incorporando su amplia revisión y análisis de la investigación infantil. En su innovador libro, proponía una teoría de cinco grandes sistemas motivacionales que son capacidades de base biológica: regulación fisiológica; apego y afiliación; exploración; sensual-sexual; y un sistema aversivo. Más tarde, Lichtenberg con sus colegas, Frank Lachmann y James Fosshage, revisaron sus ideas para incluir dos sistemas motivacionales más: el de cuidado y un sistema separado de afiliación (Lichtenberg et al., 2011). Argumentan que los patrones de interacción con los cuidadores son organizados por el niño en desarrollo en cada uno de los sistemas motivacionales y constituyen el paisaje emocional a partir del cual uno otorga significado y reacciona ante el mundo. Estos patrones o esquemas de creación de significado forman la base del sentido del *self* y crean expectativas sobre cómo nos responderán los demás. Las capacidades de adaptación inherentes a cada uno de los sistemas emergerán espontáneamente y se consolidarán en un clima de cuidado "suficientemente bueno" durante el desarrollo. Sin embargo, las respuestas inadecuadas de los cuidadores en cualquiera de los sistemas de motivación impiden los procesos de desarrollo. Posteriormente, el niño en desarrollo puede llegar a consolidar patrones de comportamiento y formas de ser que son limitantes y pueden llegar a ser profundamente problemáticos. Estas pautas desadaptativas pueden dar lugar a una serie de problemas importantes, como los trastornos alimentarios, el apego inseguro, el deterioro del funcionamiento sexual, la parálisis profesional, etc.

Entre los sistemas motivacionales, el sistema aversivo aborda la necesidad evolutiva de protegerse, que se despliega desde la infancia. El sistema aversivo arroja luz sobre la capacidad de cada persona para reconocer y afrontar de forma competente y eficaz el conflicto, el peligro y el poder. Al igual que el apego y la regulación fisiológica han sido cruciales para la supervivencia de la especie humana, también las capacidades de protección en las reacciones de lucha o huida son esenciales para la supervivencia. Como describió Fosshage (1995) "Lichtenberg eligió acertadamente la aversión, no la agresión, para designar el sistema motivacional que cumple una función primaria de autoprotección. No uno, sino dos patrones de respuesta innata componen el sistema: antagonismo (o agresión) y retirada. [...] El reconocimiento de estos dos patrones de respuesta innata nos posiciona como analistas para apreciar la retirada y la evitación como reacciones aversivas por derecho propio en lugar de únicamente como defensas contra la ira y la agresión" (p. 431). Al igual que Kohut diferenció entre formas de agresión, la teoría de los sistemas motivacionales abarca una amplia variedad de afectos negativos en el sistema aversivo: ira, agresión, rabia, frustración, enfado, irritación, decepción, vergüenza, humillación, asco, culpa, miedo y terror. Englobar todas las variedades de ira, desde la irritación y el enfado hasta la rabia, bajo la rúbrica de "agresión" no permite diferenciar los distintos niveles de ira de una manera emocionalmente matizada. Las palabras de Stephen Mitchell resuenan con nuestras ideas sobre la gama de experiencias agresivas (1998): "Estoy seguro de que hay al menos tantos tipos diferentes de agresión como tipos diferentes de nieve" (p. 21).

¿Cómo se desarrolla la expresión y organización del sistema aversivo? De forma óptima, en la primera infancia los afectos aversivos sirven principalmente para indicar a los cuidadores que es necesario aliviar una necesidad insatisfecha o un malestar. Cuando un cuidador lee la señal y responde con éxito, el malestar del bebé disminuye y se produce el placer de una necesidad satisfecha. Si todo va bien, el bebé aprende a través de procesos implícitos y procedimentales que puede expresar su malestar y que se le responderá de

forma oportuna y positiva. Así se desarrolla una expectativa: "Yo señalo mi malestar, el cuidador me ayuda". Por ejemplo, un bebé señala el hambre llorando y, con suerte, un cuidador lee la señal y le da de comer. En términos de regulación fisiológica, el bebé aprende implícitamente a través de estas interacciones que se puede responder al hambre con la satisfacción de comer y el logro de la saciedad. Al mismo tiempo, el bebé está aprendiendo, de forma procedimental, que la expresión de un afecto aversivo (el llanto) es una forma exitosa de señalar la angustia y de conseguir que se satisfagan sus necesidades.

A medida que el bebé organiza sus experiencias en torno a motivos como la regulación fisiológica, el apego, la afiliación, la exploración/afirmación y la sensualidad, trabaja para recrear los afectos placenteros de todos estos motivos. En los sistemas de exploración y apego, la experiencia sentida podría ser algo así: ¡"¡Vaya! Lo he hecho: he movido el brazo y el móvil se ha movido! ¡Ve a mi madre sonriendo ante mi éxito! Lo volveré a hacer". De este modo, el bebé trata de recrear tanto la experiencia de eficacia como el placer de la sonrisa y la aprobación de la madre. Recrear experiencias en torno al interés y la competencia ayuda al bebé a crecer y adaptarse al mundo. Estas experiencias de apego y exploración se refuerzan mutuamente y promueven procesos de desarrollo adaptativo como la confianza, el compromiso y la eficacia. Sin embargo, el sistema aversivo es diferente. Como sostiene J. D. Lichtenberg (1989), "el bebé no busca idealmente situaciones en las que reexperimentar el llanto, la ira, el asco, el miedo, la vergüenza o el bajo perfil" (p. 187). Las respuestas aversivas como el llanto se utilizan principalmente como señales de que algo va mal y, de forma óptima, no se organizan como experiencias que se recrean para su propio placer. Sin embargo, se da una trayectoria muy diferente cuando las emociones y experiencias angustiosas permanecen sin resolver y se vuelven predominantes. Esta posibilidad es, por supuesto, de gran importancia clínica y más adelante tendremos más que decir sobre ella.

La complejidad del sistema aversivo cambia en los años de la infancia. En ese momento, las respuestas aversivas pasan de señalar angustia a utilizar los afectos de ira para obtener resultados asertivos. La forma particular que adopta esto -la manera en que las respuestas aversivas se organizan de forma única para cada persona- dependerá del temperamento de cada persona y de cómo se responde a los afectos aversivos en la mezcla intersubjetiva con los cuidadores. Lo ideal es que el niño en crecimiento entre en contacto con la necesidad de responder con una reacción aversiva cuando surja una situación del tipo "esto no me gusta". Una forma que puede adoptar esto es cuando el niño se siente frustrado al perseguir un objetivo y puede comportarse con rabia y energía para superar un obstáculo y llegar a la meta. "¡Esta vieja roca gris no se mueve! La empujaré". La aceptación por parte del cuidador de la necesidad de un niño pequeño de utilizar la ira instrumental para superar la frustración y alcanzar un objetivo es crucial para que este proceso vaya bien.

Los niños pequeños también necesitan aprender, con la ayuda de los cuidadores, a retirarse o a luchar ante el peligro. ¿Cómo reacciona un individuo ante el miedo? Mediante la mezcla intersubjetiva del desarrollo, las capacidades adaptativas o desadaptativas para afrontar el miedo se organizan de forma única para cada niño. Un paciente varón, por ejemplo, de raza blanca y entorno protestante, sufrió una grave lesión al practicar ala delta. Las condiciones meteorológicas de aquel día hacían que la actividad fuera especialmente peligrosa. Ignoró las advertencias publicadas creyendo que había que dejar de lado el miedo. De lo contrario, se vería a sí mismo y era de esperar que fuera visto por los demás como un cobarde. Como él y su terapeuta llegaron a ver, este era un

mensaje que había recibido tanto de sus padres mientras crecía como de los mensajes culturales sobre cómo los chicos deben enfrentarse a las circunstancias amenazantes que provocan miedo. Otra paciente, de raza blanca y clase trabajadora, trabaja para una agencia internacional y se encontraba en un ejercicio de formación sobre qué hacer en caso de secuestro. Estaba entusiasmada y emocionada por dominar su miedo y ser competente en situaciones de estrés. Su temperamento es asertivo y su padre militar la imbuyó de orgullo por ser capaz de luchar con valor ante el miedo. Como ilustran estos ejemplos, el miedo como afecto es una señal importante de la necesidad de protegerse con la lucha o la huida. Hay un sinnúmero de historias y relatos del desarrollo que hacen que el miedo sea adaptativo y esté bien regulado o que sea desadaptativo, desorganizado y esté asociado con la creación de problemas importantes.

Una última y crucial necesidad a la que se enfrentan los bebés y niños pequeños es aprender a entrar en conflicto con los demás. Consideremos el caso del niño que coge el juguete de otro niño y dice: "¡Mío! ¡No es tuyo!". Uno de los padres, en tono duro, le exige: "¡Tienes que compartir!". En este escenario, puede desarrollarse el esquema de que la afirmación y la reivindicación del interés propio activan la vergüenza y la culpa. En una escena diferente, la figura parental sugiere tranquilamente que se puede encontrar un juguete diferente para cada niño. Es de esperar que estas experiencias con los cuidadores promuevan en el niño capacidades que impliquen la negociación como medio para resolver conflictos interpersonales. Otro ejemplo es el de un niño que expresa su enfado con el padre por dar por terminado el tiempo de juego. Si el padre responde con rabia y arremete contra el niño por atreverse a cuestionar la autoridad del padre, el niño puede aprender que, cuando tiene una controversia con un otro necesario, la respuesta preferida es someterse pasivamente. Ese niño puede consolidar experiencias de este tipo y aprender una estrategia de retirada derrotada: "¿Para qué molestarse en protestar?". Tal vez otro niño aprenda que si llora y grita el tiempo suficiente, se saldrá con la suya o al menos tendrá la satisfacción de tener un berrinche. Un patrón de someterse al poder de otro o de dominar a otro puede convertirse en la forma dominante de manejar el conflicto y el malestar en adelante. Esta dinámica coincide con las ideas de Jessica Benjamin sobre las dinámicas de "el que hace o a quien se le hace" (Benjamin, 2004, p. 5). Otro afecto clave implicado en una resolución sana del conflicto es la capacidad de regular la vergüenza. El padre que nunca puede admitir un error en un conflicto establece una dinámica con el niño en la que el objetivo es encubrir la propia vergüenza, no una resolución saludable del conflicto. Es de esperar que, a lo largo del desarrollo, los cuidadores ayuden a sus hijos a regular sus sentimientos en la controversia, ayudándoles a utilizar el poder asertivo para impulsar su agenda, y apoyando sus capacidades de empatía y altruismo. La capacidad de resolver los conflictos de esta manera ayuda al niño en desarrollo (y al paciente adulto) a ser capaz de restablecer la intimidad relacional incluso ante un conflicto interpersonal intenso y una decepción personal.

Desde la perspectiva de un adulto, ¿qué aspecto tiene un sistema aversivo que funcione sin problemas? Incluye tener acceso a un repertorio de respuestas eficaces ante situaciones interpersonales del tipo "esto no me gusta". Por ejemplo, uno sería capaz de saber cuándo retirarse en una situación peligrosa o ser capaz de acceder a la ira instrumental para protestar ante el maltrato y presionar con fuerza a favor de la agenda propia. La afirmación exitosa de la ira puede dar a la persona una experiencia positiva de eficacia y poder. Al igual que con los otros sistemas motivacionales, las experiencias aversivas con el terapeuta son una oportunidad para desarrollar una nueva narrativa y un nuevo esquema del yo con el otro sobre cómo afrontar el conflicto. Surgen nuevas capacidades para protestar ante el maltrato percibido y se desarrollan nuevas

posibilidades de reparación. Como han propuesto Slavin y Klein (2013), los pacientes necesitan poner a prueba la subjetividad del analista para ver si este puede afrontar su propia contribución a las dificultades interpersonales y reconocer sus puntos ciegos y su actitud defensiva ante la amenaza, la incertidumbre y la vergüenza. Enfatizamos el desarrollo de una apreciación de la naturaleza adaptativa de los esfuerzos de un paciente para llegar a conocer a su analista a través de la búsqueda activa.

Así como las reacciones aversivas de un paciente pueden desencadenarse en los intercambios clínicos, también el terapeuta puede experimentar una reacción aversiva. Cada uno de nosotros tiene su propia narrativa evolutiva y organización de respuestas aversivas, incluyendo una tendencia a "la lucha o la retirada". En las sesiones clínicas, una de nosotras (MH) sabe que "tiendo a retirarme cuando me avergüenzo o me enfrento a un conflicto". Esta comprensión de sus inclinaciones aversivas la ayuda a prestar una atención más consciente a su tendencia a retirarse. Otra terapeuta puede pensar: "Más vale que cuide mi temperamento, ahora estoy en caliente". Cuanto más conozcamos nuestra propia historia evolutiva sobre la forma en que tendemos a expresar nuestras reacciones aversivas, más capaces seremos de identificar y regular dichas reacciones en las sesiones con los pacientes.

Una viñeta clínica: Marie Hellinger

Intentar dar vida a un concepto psicoanalítico a través de un ejemplo de caso puede ser un reto. La cualidad viva, dinámica e impredecible de un tratamiento puede perderse en el esfuerzo por enmarcar el concepto intelectual. Pido benevolencia al lector al describir el caso que sigue, ya que reduzco la complicada dinámica a un marco que describe la motivación aversiva, con el fin de destacar la contribución de ese marco particular. Este ejemplo de caso también habla de cómo una diferencia en el género y en la orientación sexual entre terapeuta y paciente puede llevar la dinámica cultural más amplia a la experiencia intersubjetiva de la pareja.

Z me cayó bien inmediatamente nada más empezar el tratamiento conmigo. Era un hombre gay de 35 años que me dijo que estaba paralizado por la ansiedad en muchos aspectos de su vida. Las amistades eran limitadas, la vida sentimental apenas existía y solo podía trabajar a tiempo parcial. La organización de su sistema aversivo podría describirse de la siguiente manera: los afectos abrumadores de miedo, terror y rabia se gestionaban restringiendo sus interacciones con el mundo. La excepción eran los momentos en los que su rabia estallaba, como las veces que tenía que tratar con servicios de atención al cliente ineptos de instituciones como la compañía telefónica. Como habíamos llegado a comprender, sus fuertes afectos aversivos se desarrollaron a partir del miedo a la ira de su padre, de la negligencia de su padre, de la necesidad de acomodarse a su madre para no sufrir su retirada punitiva, y de las experiencias antigay y de acoso de toda la vida con sus compañeros. A partir de esas experiencias, Z llegó a la siguiente conclusión sobre los demás: "Estoy solo ante la vida. En lugar de ayudarme, me lo ponen todo más difícil, y me enfurece que me fallen". Por ejemplo, en un momento dado sus padres se mudaron al otro lado del país sin avisarle de antemano ni tener en cuenta sus necesidades. También sacrificaron a su querido y anciano perro porque no querían llevárselo en la mudanza. Al menos con la compañía telefónica, Z podía obtener una respuesta satisfactoria. Desarrollado para protegerle cuando era niño, su sistema aversivo en forma de retraimiento y rabia ocasional dominaba su vida. Sin embargo, estas dos estrategias no le sirvieron como adulto. Estaba aislado, se sentía solo y sufría el malestar

emocional y físico de sus reacciones de rabia. La siguiente viñeta ilustra una secuencia de disrupción/reparación (Kohut, 1984) que contribuyó a la reelaboración de expectativas y estrategias en la organización del sistema aversivo de Z (Lichtenberg, 2005; Lichtenberg et al., 1992). Esta viñeta también ilustra cómo la experiencia de Z de crecer y vivir en un mundo antigay contribuyó al desarrollo de estrategias protectoras en el sistema aversivo que cobraron vida en nuestras interacciones clínicas.

El jefe de Z en la tienda de comestibles donde trabajaba era un hombre autoritario y controlador, similar al padre de Z. Políticamente, el jefe era un demócrata blanco, heterosexual y liberal. Z había sido amonestado por su jefe por hablar demasiado tiempo con los clientes en la cola de la caja y por tomarse demasiados descansos. Se elaboró un plan de medidas correctivas. Z puso en práctica el plan y creía que su rendimiento laboral era más que satisfactorio. Incluso se había ofrecido a cubrir a otros empleados que estaban enfermos en algunos de sus días libres. Z pensaba que la situación se había resuelto y se sorprendió cuando su jefe, en voz alta y enfadada, le reprochó que fuera al baño mientras estaba en la caja registradora. El jefe le gritó a Z delante de los clientes y otros empleados. Z se sintió humillado por el comportamiento de su jefe. Se enfureció y consideró seriamente dejar su trabajo. En la sesión en la que Z me contó esto, creí entender su rabia y su humillación y creí transmitir que así era. Sin embargo, Z no me percibió así. Me dijo que, desde su punto de vista, yo era indiferente y no me enfadaba lo suficiente por él. Esto me confundió.

Mientras él y yo trabajábamos en lo que había pasado con su jefe y en la ruptura entre nosotros, Z me dijo que experimentaba al jefe como una repetición de las experiencias de la infancia de ser acosado delante de sus compañeros porque era gay. Pensó que yo estaba atrapada en un punto de vista heteronormativo y que no era capaz de ver lo que él veía: una flagrante discriminación. De hecho, como mujer heterosexual, había oído lo suficiente de las interacciones de su jefe como para considerarlo autoritario y pasivo-agresivo. De hecho, el jefe había ejercido una actitud de "aquí mando yo y tienes que escucharme" con muchos empleados. No se me había ocurrido que esta última experiencia con Z estuviera alimentada por actitudes homófobas. El hecho de que yo ni siquiera considerara la idea de que la homofobia tuviera algo que ver con el comportamiento del jefe es exactamente lo que Z captó en mi respuesta inicial a él y creó un desajuste entre nosotros. Al principio, me sentí incómoda con respecto a la atribución de Z de que, como mujer heterosexual, no estaba viendo el acoso antigay. Y me cuestioné a mí misma: ¿estaba evitando ver su experiencia de discriminación? A medida que avanzábamos -yo queriendo comprender la experiencia de Z, pero sin conseguirlo- finalmente se encendió una bombilla. Fue cuando Z dijo que, si fuera un hombre heterosexual, el jefe nunca le habría gritado y humillado delante de los demás. En ese momento, por fin pude comprender su experiencia. Como no soy ni gay ni hombre, mi medidor de empatía al principio ni siquiera había considerado que la conducta del jefe pudiera estar alimentada por actitudes homófobas. En ese momento, empecé a darme cuenta de que solo había sido capaz de ver el incidente a través de mis ojos heteronormativos.

Este fue un momento crucial e importante en el análisis: ¿iba yo a asumir que sabía mejor que él lo que era y lo que no era acoso antigay? Al abrirme a considerar la posibilidad de que las acciones del jefe pudieran haber sido alimentadas inconscientemente por una actitud homófoba, ¿podría hacer frente a mi vergüenza por formar parte de la más amplia cultura heteronormativa y sesgada? ¿Podría hacer frente a la amenaza de ver cuestionada mi visión del mundo en relación con mi opinión sobre su

jefe? Para aumentar la complejidad, no todos los hombres gays habrían experimentado este incidente en particular como algo relacionado con el acoso antigay, pero creo que un terapeuta gay probablemente habría visto esto como una posibilidad en la historia de Z desde el principio. El que yo negara su experiencia de que estaba siendo acosado por ser gay -implícita o explícitamente- había dejado a Z en un lugar que le era familiar desde la infancia: solo, sin nadie que reconociera su experiencia o le ayudara a expresar y regular su vergüenza, rabia y miedo. Con el tiempo, incluso llegamos a comprender que parte del tomarse largas pausas en el trabajo era, en sí misma, una respuesta aversiva a su sensación de estar recibiendo actitudes homófobas, especialmente por parte del jefe.

¿Qué aporta la teoría de un sistema motivacional aversivo a la comprensión de este trabajo clínico? Respondemos que presta atención específica y claridad a la forma, la expresión y las capacidades crecientes relacionadas con el modo en que Z regula los fuertes afectos aversivos de la vergüenza, el miedo y la ira y su capacidad para resolver eficazmente el conflicto interpersonal. Dadas las poderosas fuerzas de rabia, acoso y humillación en nuestra cultura hacia las personas que son diferentes (por raza, orientación sexual, género, clase, etc.), esperamos que en algún momento los aspectos emocionales de estas diferencias cobren vida y entren con fuerza en la sala de terapia. En concreto, cuando se trabaja con una persona diferente, el terapeuta necesita ampliar su comprensión para reconocer que los patrones del sistema aversivo no solo se desarrollaron en la matriz familiar, sino que también están poderosamente influenciados por las interacciones con la cultura mayoritaria; interacciones que requirieron que se pusieran en marcha estrategias de protección durante el desarrollo. Para los terapeutas de las culturas mayoritarias, es importante poder reconocer una cierta propensión a experimentar puntos ciegos con respecto a poder captar empáticamente la experiencia de un paciente de una cultura minoritaria. Corpt (2019) ha escrito sobre la importancia de que los terapeutas asuman el trabajo ético que implica educarnos a nosotros mismos sobre nuestras propias vidas y prejuicios, así como aprender sobre la historia vivida por quienes son diferentes a nosotros. Es especialmente importante permanecer abierto a cómo pueden manifestarse estas diferencias, tanto dentro de nuestra propia subjetividad como entre el paciente y los terapeutas. Las actitudes que implican la apertura, el respeto y la curiosidad por la experiencia vivida, las culturas y las historias de quienes son diferentes a nosotros son componentes esenciales del tipo de enfoque clínico ético que recomienda Corpt (2019).

A través de nuestro compromiso con este desajuste y otros que se dieron en el análisis, Z comenzó a desarrollar una nueva expectativa de que en un conflicto, especialmente uno que involucra a personas heterosexuales, es posible ser escuchado y apoyado. En lugar de retirarse automáticamente en un conflicto, puede hablar asertivamente y permanecer comprometido, firme y resistente en sus capacidades. En el desencuentro con su jefe, Z habló con un compañero de trabajo heterosexual de confianza sobre lo ocurrido, lo que supuso en sí mismo un nuevo tipo de encuentro relacional. En el transcurso del análisis, al trabajar en los desajustes conmigo, Z ha desarrollado una postura de autoafirmación empoderada que ya no implica principalmente la lucha enfurecida o la huida retraída. Por ejemplo, hace poco redactó un correo electrónico matizado y eficaz diciendo que no a su jefe en relación con lo que le parecía una petición poco razonable. En los conflictos con los amigos y la familia, Z habla en lugar de retirarse automáticamente. En el lenguaje de la teoría de los sistemas motivacionales, está reorganizando los patrones de su sistema motivacional aversivo.

La cultura y las motivaciones aversivas

A medida que el psicoanálisis ha ido evolucionando, se ha ido apreciando más el modo en que el desarrollo individual se despliega dentro de un entorno sociocultural e histórico más amplio. Para abordar esta perspectiva, adoptamos una visión compleja de la experiencia humana que considera que los mundos personales del paciente y del analista están integrados no sólo en sus contextos relacionales únicos, actuales y pasados, sino también en contextos de cultura, raza, clase, género, orientación sexual, historia y política. En el siguiente apartado (y a lo largo de todo el artículo), exploramos las implicaciones teóricas y clínicas de esta postura.

La International Association of Psychoanalytic *Self Psychology* ha cambiado recientemente el nombre de su revista por el de *Psychoanalysis, Self and Context*. Aunque la inclusión del mundo histórico y cultural más amplio está integrada en el nuevo título, aún es un reto para los terapeutas que proceden de culturas diferentes a la de sus pacientes apreciar el contexto cultural y racial en los intercambios clínicos. Los diferentes patrones culturales de expresión aversiva entre el terapeuta y el paciente pueden dar lugar a que el terapeuta asuma implícitamente que sus formas culturales de expresar el miedo, la ira y la vergüenza son la norma. Además, los terapeutas de culturas mayoritarias (ya sea por raza, etnia, género, preferencia sexual, clase, estatus profesional) encontrarán dificultades para reconocer y validar las fuertes experiencias aversivas que sus pacientes tienen en relación con los prejuicios y la discriminación en forma de racismo aversivo o microagresiones (Sue et al., 2007). En otras palabras, los terapeutas de las culturas mayoritarias tendrán con frecuencia problemas para reconocer las experiencias de racismo y discriminación de sus pacientes minoritarios. Relacionamos estas dificultades con la realidad de que estar en el extremo receptor de, por ejemplo, actitudes racistas u homóforas ha estado generalmente fuera de la experiencia personal de la mayoría de los terapeutas blancos, heterosexuales. Por ejemplo, en una reunión celebrada en el instituto psicoanalítico de las autoras, se puso el foco en las diferencias raciales en el tratamiento. Una terapeuta blanca, amable y bienintencionada, preguntó cómo podía ayudar a su paciente afroamericana a entender que una experiencia concreta que la paciente estaba teniendo en el trabajo no tenía que ver con el racismo. Este comentario supone que el terapeuta entiende el contexto y las realidades de un paciente de una minoría mejor que el propio paciente, una dinámica que ya se discutió en el caso de Z. Cuando se permite que las diferencias culturales se aborden con seguridad en la consulta, habrá inevitables actuaciones (enactments) que impliquen miedo, ira y vergüenza (todos ellos afectos aversivos) en torno a estas diferencias tanto para el terapeuta como para el paciente (Leary, 2000). Esta dinámica se explora en la siguiente viñeta del caso de Marie Hellinger.

S, nacida en Estados Unidos, acudió a tratamiento por depresión. Sus padres emigraron de la India cuando eran adultos jóvenes. Después de años de tratamiento, S finalmente me confrontó sobre mi evitación al abordar las diferencias raciales y culturales en nuestra relación (Hellinger y Prasad, 2017). Después de que empezamos a procesar nuestras diferencias, tuvo lugar una poderosa experiencia de mi ceguera ante su experiencia. Fue el día después de que Donald Trump fuera elegido presidente de los Estados Unidos. Mientras esperaba a que S entrara en mi oficina de Washington D.C., anticipé una sesión en la que compartiríamos nuestra conmoción, miedo y rabia mutuos por su elección. Cuando entró en la consulta, con lágrimas en los ojos, estiré la mano para tocarla. Ella retrocedió y yo me sentí inmediatamente avergonzada por iniciar un contacto que claramente ella no quería. Mientras hablábamos, me contó cómo era para ella ir a mi consulta. Me dijo que normalmente se sentía cómoda caminando por Washington, D.C., un lugar con mucha más diversidad racial y étnica que el suburbio blanco del Medio Oeste

donde creció. Hoy había caminado por la calle con miedo. Las elecciones pusieron en primer plano la amenaza de los blancos hacia la gente de color. El color blanco de mi piel la traumatizó ese día y me experimentó como parte de los opresores. Contó que se había abrazado y llorado con desconocidos al azar, mujeres de color, mientras caminaba hacia mi oficina.

En ese momento, la raza conectaba o dividía, y aunque la mayor parte de nuestra ciudad estaba de luto, el impacto era diferente dependiendo de cada una de nuestras identidades. Nunca olvidaré esta experiencia. Cuando anticipé que S vendría a nuestra sesión ese día posterior a las elecciones, no pensé en cómo la diferencia de nuestro color de piel afectaría a nuestra experiencia de estar juntas. Una parte poderosa de esta y otras interacciones con S en torno a la raza y la cultura consistió en que se levantara y se enfrentara a mí, una terapeuta blanca. Al haber crecido con el racismo, S se sentía temerosa y sin capacidad para enfrentarse a la discriminación y al odio de los blancos. Durante el tratamiento, entró en contacto con su fuerte ira hacia mí y hacia otras personas blancas. Cada vez más, se sintió validada en su experiencia de haber estado en el extremo receptor de la discriminación racial y comenzó a experimentar una ira asertiva y empoderada. Desde entonces, no ha vuelto a estar deprimida.

El enfoque en la cultura es importante en esta viñeta en tanto que aclara la forma en que la cultura afecta al proceso de desarrollo de un sentido positivo o negativo del *self*. Si la cultura predominante no afirma la identidad cultural de la persona -no sirve de espejo del "objeto cultural propio" (Hellinger y Prasad, 2017, p. 14)- el desarrollo se verá afectado negativamente. Cuando una cultura refleja e idealiza positivamente al niño en desarrollo por ser quien es, la autenticidad y la apertura son normativas. Sin embargo, para las personas que son consideradas "otras" en una sociedad mayoritariamente blanca o heteronormativa, por ejemplo, ocultar parte del *self* puede ser adaptativo para crear un sentido de pertenencia, pero va a ir a expensas de la autocoherencia (S. Prasad, comunicación personal, 3 de julio de 2019).

El flujo y reflujo de afectos aversivos en el intercambio clínico

Cuando un terapeuta y un paciente están profundamente comprometidos en un proceso analítico exploratorio, Lichtenberg (2005) ha conceptualizado este aspecto del trabajo terapéutico como que el paciente y el terapeuta se involucran en motivaciones exploratorias apoyadas por sentimientos de apego. Se pone el foco en desarrollar nuevas comprensiones acompañadas de los afectos de interés y eficacia. Las reacciones aversivas no suelen estar en primer plano. A medida que este proceso surge en un tratamiento, tarde o temprano un paciente (o terapeuta) dará con un desencadenante que active una reacción aversiva de protesta airada o de retirada. En estos casos, en lugar de que la experiencia exploratoria esté en primer plano, las experiencias aversivas pasan a primer plano cuando el paciente expresa afectos aversivos como la ira, el miedo, la vergüenza o la necesidad de protegerse retirándose. Estos momentos pueden ser sutiles y parecer deslizarse con apenas una ondulación para ser reconocidos más tarde, si es que lo son. O bien, pueden ser intensos y poderosamente explosivos desde el principio. Cuando el analista reconoce y habla de la reacción aversiva del paciente de una manera empática, como por ejemplo nombrando la rabia sentida y la parte que el analista tiene en ella, esto puede ayudar a que el paciente se autocorrija y los afectos aversivos pasen a un segundo plano. Los motivos exploratorios volverán a pasar al primer plano. Este proceso se ilustra en la siguiente viñeta clínica de Elizabeth Carr.

Al comenzó la terapia con preocupaciones explícitas acerca de trabajar conmigo, una mujer, dada su experiencia con una madre que le parecía duramente crítica y aterradora. Al expresó una atribución transferencial explícita de que yo, al igual que su madre, podría albergar una actitud hostil, despectiva y controladora hacia él. A medida que nuestro trabajo avanzaba, llegué a creer que parte del legado de las experiencias infantiles de Al con su aterradora madre le había dejado una vulnerabilidad específica: ¿sería él capaz de conocer mi estado de ánimo? (Beebe y Lachmann, 2013) Sin poder leerme, ¿cómo podría confiar en mí? Por lo tanto, Al tenía que sondear repetidamente mi subjetividad para determinar si yo sería capaz de afrontar a mi actitud defensiva y mis puntos ciegos y, lo que es aún más importante, si podría abrirme para apreciar su sentido del *self* diferente respecto al género.

Durante una serie de tres sesiones, el flujo y reflujo de los afectos aversivos se infiltró poderosamente en nuestras interacciones. En la primera sesión, Al me habló del nacimiento de una sobrina nieta que vive en Europa. La emoción de su mujer por la bebé contrastaba enormemente con su propio desinterés por celebrar el acontecimiento. Sin embargo, a medida que continuaba hablando, me pareció que su estado de ánimo cambiaba. Mientras me hablaba de la decisión de cómo firmar la tarjeta para la bebé, Al se emocionó y empezó a llorar. En la tarjeta, me dijo con gran sentimiento, escribió "¡Bienvenida la familia!". Le comenté que me había dado cuenta de que había empezado diciendo que no le importaba la bebé, pero que a medida que se desarrollaba nuestra sesión su actitud pareció cambiar: parecía importarle mucho. Respondió afirmando su aprecio por la bebé y su sobrina, pero pasó a expresar su oscura opinión sobre sus circunstancias (vivir en Europa) y continuó expresando su desprecio por la hipocresía de los europeos. En la siguiente sesión, Al comenzó de forma agradable y habló con gran detalle de algunos retos laborales. Luego, Al comenzó de repente, de una manera muy familiar, a expresar su enfado por algo que había leído sobre las feministas y empezó a despotricar:

Al: Las mujeres se sienten con tantos derechos, son tan prejuiciosas, falsas y antihombres (sigue un rato).

E: (mientras lo escucho, intento entender, desde su punto de vista, qué acaba de pasar. Sé que esta es una comunicación importante). Estoy intentando entenderte. ¿Hay algo en particular, que tenga que ver conmigo, que te está molestando?

Al: Sí, ¡no confío en ti! Eres un miembro del sistema dominante en la costa este, tienes actitudes antimasculinas, etc., etc.

E: ¿Ha pasado algo en concreto entre nosotros que te moleste?

Al: Estoy pensando en nuestra sesión anterior. Tú tenías una agenda sobre cómo debería sentirme respecto a la bebé y a hacerle un regalo. Me pareciste coercitiva, presionando para que se cumpliera tu agenda de cómo debería comportarme.

E: Puedo decir, pensé que tu descripción inicial de no preocuparte por el nacimiento de tu sobrina nieta había evolucionado en la sesión. Me pareció notar un cambio que me indicaba que te preocupabas mucho por tu sobrina y tu sobrina nieta y así lo expresé. Mi respuesta en ese momento lleva implícito el valor que doy a las conexiones humanas, un valor que considero importante para ti y para nosotros.

Al pareció aceptar mi ofrecimiento y nuestra sesión terminó con una nota agradable. Después de la sesión, pensé en su atribución transferencial de que yo era coercitiva y que estaba imponiendo mi propia agenda sobre cómo debía comportarse. Empecé a apreciar la forma en que yo había querido hacer girar sus sentimientos, empujándolo hacia una dirección más positiva al final de la primera sesión. Recordé que en la primera sesión, cuando pasó a expresar su furioso desprecio por Europa, me había sentido incómoda. Me di cuenta de que no quería entrar en ese espacio oscuro y furioso en el que él se encuentra tan a menudo: solo y profundamente alejado de cualquier sensación de conexión humana. En la siguiente sesión, Al comienza con la música y la alegría y el consuelo que le aporta. Está de buen humor. El desencuentro que se produjo al final de la última sesión no parecía estar en su mente. Sin embargo, yo sí lo tenía presente y compartí mis reflexiones posteriores a la sesión.

E: ¿Podemos hablar del final de nuestra última sesión? Me dijiste que yo había sido coercitiva y que estaba tratando de dirigir tus sentimientos. He pensado en lo que dijiste y ahora puedo entender lo que quieres decir. Creo que me costó entrar en tus oscuros sentimientos sobre Europa y los europeos. Creo que lo que quería era llevarte a un estado de ánimo más positivo.

Al: A veces es bueno que lo hagas, sé que puedo quedarme atascado en mi negatividad. Me preocupo por mi sobrina, pero puedo quedar atrapado en mi preocupación, en ser negativo.

E: Creo que es muy importante que mantengamos un espacio que nos permita honrar y estar con ambas partes de estas experiencias - tus experiencias alternas de mí y de nuestro estar juntos. Es muy complejo. Podemos jugar y compartir el sentido del humor. Tú cantas para mí. Creo que esos aspectos de nuestra relación indican reciprocidad y cariño. Pero también soy consciente de tu profundo miedo a que te hagan daño y de tu inquietud sobre mi capacidad para apreciar de verdad tus opiniones más profundas y tus preocupaciones.

Al: Yo también veo la complejidad de nuestro compromiso. Creo que esta complejidad es valiosa. Es bueno para mí ver ambos lados y no quedarme atrapado solo en el lado negativo de mis experiencias contigo o con cualquier otra persona. Es bueno que fomentes mis conexiones con los demás: me ayuda.

Estas tres sesiones ilustran el flujo y reflujo de las motivaciones exploratorias a las aversivas, y luego la vuelta reparadora a las motivaciones exploratorias y de apego. En la primera sesión, Al expresa y explora sus sentimientos aversivos sobre la celebración del nacimiento de la hija de su sobrina. Cuando comento lo que percibo como un cambio en su estado de ánimo de aversivo a positivo en el transcurso de la sesión, Al es activado y tiene una fuerte respuesta aversiva, pero no habla directamente de ello en el momento. En cambio, se adentra en un oscuro túnel de sentimientos centrados en la hipocresía de los europeos y, en ese momento, no fui capaz de seguirle. En la segunda sesión, cuando Al empieza a despotricar sobre las feministas, sé por muchas interacciones anteriores que esto probablemente significa que está enfadado conmigo; los afectos aversivos de Al están en primer plano. Cuando recojo su enfado e indago sobre el proceso entre nosotros, Al es capaz de hablarme directamente de su enfado conmigo: yo era coercitiva, imponiendo mi agenda sobre cómo debía comportarse. Aunque, en ese momento, no fui capaz de ver la verdad de su atribución transferencial, respondí de una manera que ayudó a restaurar un ambiente de cooperación amistosa mencionando el valor de la conexión

humana para él y entre nosotros. Sin embargo, cuando más tarde reflexioné sobre nuestras interacciones, fui capaz de ver más claramente su experiencia sobre mí y pude apreciar su sensación de que yo era coercitiva - pude asumir su atribución transferencial (Lichtenberg, 2005). En la tercera sesión, tomé la iniciativa y le planteé esto a Al y el ambiente entre nosotros se restauró aún más. Estas sesiones nos dieron la importante oportunidad de participar en una secuencia de interrupción y reparación y de restaurar la intimidad relacional. En estas interacciones clínicas, el flujo y reflujo de nuestra experiencia compartida muestra el desarrollo de una considerable confianza entre nosotros, estando cada uno abierto a la experiencia del otro. Al final, el aprecio (una motivación de apego) y las motivaciones exploratorias vuelven a ocupar el primer plano de nuestro proceso.

El trauma y el sistema aversivo

¿Qué ocurre cuando un cuidador falla de forma regular y significativa a la hora de responder a las señales aversivas del bebé y del niño para aliviar la angustia y calmar al niño? Como se observa en las películas sobre la interacción entre la madre y el bebé realizadas por Beatrice Beebe (Beebe y Lachmann, 2013), algunas madres responden a la angustia del bebé con reacciones extrañas o agresivas. Por ejemplo, una madre puede responder a la angustia de su bebé sonriendo o respondiendo con una mirada de desprecio en su rostro. En el mejor de los casos, como se ha mencionado, la capacidad de respuesta del cuidador ayuda al bebé a recuperarse de la angustia. Sin embargo, cuando el progenitor responde con afectos muy desajustados o se retira emocionalmente, el bebé se queda solo para regular estados prolongados de afectos negativos. Este escenario tiene profundas consecuencias negativas para el niño en desarrollo. J. D. Lichtenberg (1989) lo describe de esta manera: "Sin embargo, si el sistema motivacional aversivo se autoorganiza y asume el dominio en una etapa más temprana de la infancia, los bebés serán propensos a estados de antagonismo prolongado, de retirada o ambos. Los estados de antagonismo y retirada serán lo que estos bebés experimenten como familiar y, por lo tanto, buscarán el efecto de cohesión del *self* que provoca el ver satisfechas sus expectativas" (p. 189). En esta terrible situación, una serie de sentimientos aversivos se convierten en dominantes -ira, vergüenza, asco, miedo y rabia- y se convierten en la norma. Con el tiempo, la aversión llega a proyectar una sombra oscura sobre el resto de la experiencia motivacional. Como describe J. D. Lichtenberg (1989), "... estos desafortunados infantes son propensos a obtener una sensación de seguridad desde la familiaridad de la ira, la angustia, el dolor, el asco o la vergüenza. Cuando desarrollan las intenciones, pueden experimentar como placentero el poder de oponerse o frustrarse mediante la retirada" (p. 189).

Este tipo de respuestas traumáticas pueden extenderse más allá de la infancia y arrastrarse a lo largo del desarrollo. De este modo, las necesidades de apego, así como las demás necesidades motivacionales, pueden quedar impregnadas de aversión. Clínicamente, estos pacientes desarrollan estados de sentimientos negativos arraigados que, paradójicamente, pueden llegar a sentirse como buenos: seguros, conocidos y familiares. Estos pacientes pueden sufrir profundamente, pero encuentran absolutamente necesario e incluso gratificante mantener sus estados del *self* aversivos. El simple disfrute, el encontrarse en la posición preferida, o el ser afirmado por otro, puede provocar una ansiedad aterradora para los individuos atrapados en las arenas movedizas de los estados aversivos que lo abarcan todo.

Los pacientes que han experimentado un trauma en el desarrollo también se disparan más fácilmente a partir de múltiples señales explícitas e implícitas en lo que Lichtenberg et al. (1996) llaman estados afectivos: "Por estados afectivos nos referimos a las experiencias afectivas más intensas y absorbentes, aquellas que son tan absorbentes que las capacidades cognitivas se ven constreñidas y comprometidas, como las de un niño durante una rabieta" (p. 114). Algunos ejemplos de estados aversivos incluyen el odio, la rabia, el pánico, la humillación, la autocompasión, la victimización y la inadecuación. En esos momentos, la interpretación o la indagación sobre el origen de un estado afectivo puede ser experimentada por los pacientes como un desafío a la validez de su estado. La tendencia de los terapeutas es hacer algo, como confesar, ceder u oponerse. La siguiente viñeta clínica de Marie Hellinger ilustra el modo en que una paciente se aferra a una identidad organizada en torno a los afectos aversivos y el desencadenamiento de un estado de rabia en el trabajo clínico.

R, una mujer blanca y soltera de origen católico irlandés, había sufrido abusos sexuales y explotación emocional por parte de su padre narcisista y alcohólico desde los 5 hasta los 10 años. Su madre participó en el abuso entregando a R al padre y transmitiendo implícitamente: "Mejor tú que yo". El coste de mantener cualquier apego a su madre y a su padre le exigía asumir la culpa de los abusos. En consecuencia, desarrolló una identidad de ser una niña sucia y emocionalmente perturbada. El único sistema motivacional que no estaba imbuido de motivos aversivos era su sistema exploratorio, ya que podía disfrutar de afectos de interés y competencia.

En una sesión de un lunes, R estaba muy angustiada y se enfureció cuando no le ofrecí una sesión extra ese mismo día, puesto que tenía el día libre. Resulta que R esperaba que le ofreciera la sesión extra aunque no la había pedido. Al no ofrecerle una sesión extra, R me percibió como alguien que no comprendía su dolor, que no se preocupaba por ella y que le fallaba por completo: "Si lo entendieras, la habrías ofrecido". La atmósfera de la sesión en ese momento era totalmente desesperanzada y la rabia de R parecía destructiva para ambas. Desde el punto de vista de R, yo tenía todo el poder en la relación y ella no tenía más opción que cumplir con mis horarios. Al experimentar la rabia de R, me encontré luchando para no responder señalando a R las muchas veces que me había esforzado por acomodarme a su horario. En ese momento, sentí que no había espacio para nada más que su rabia.

Esta dinámica en la que R se enfurecía por mi falta de disponibilidad se había producido en numerosas ocasiones durante el tratamiento. No tenía la sensación de que se produjeran avances a partir de estas interacciones, así que decidí buscar una consulta y le dije a R que iba a hacerlo. En la siguiente sesión, el estado de rabia aversiva de R había pasado y estaba abierta a la exploración. Mientras continuábamos, R dijo espontáneamente,

R: Sé que hay una parte manipuladora en esto. Habíamos estado muy próximas en nuestra sesión anterior. Necesitaba tenderte una trampa para crear la sensación de que "no estás aquí para mí. No lo entiendes". Lo trabajo en torno a que yo pueda ser la víctima.

M: (sintiéndome sorprendida al escuchar esto) "¿Me estás diciendo que este escenario es familiar y que querías recrearlo?"

R: "¡Sí! He tendido una trampa. Te dije que tenía el lunes libre. No te dije que quería una sesión extra y luego, cuando no me la ofreciste, te odié. Hay una gran satisfacción en esto Es mi hogar. Parece innato, es tan natural verte como alguien que niega. Mi madre era negadora... ¿Pero por qué querría recrear ese sentimiento aquí?"

M: Sí, una buena pregunta.

R: *Creo que es porque refuerza mi visión de mí misma, del mundo y de cómo van las relaciones.* Me permite sentirme como siempre lo he hecho. Me da miedo cuando experimento que quieres estar aquí conmigo, que te preocupas... Porque entonces surge otro pensamiento: ¿qué pasa si no estás aquí? Es blanco y negro, vida o muerte. Si no estás ahí una vez, nunca estarás ahí para mí.

M: Que no esté disponible aunque sea una vez recrea para ti la experiencia de cómo nunca pudiste depender de tus padres. Allí nunca se estaba a salvo.

R: También se manifiesta en que no me ducho -estoy sucia- y en que me hurgo en los pies. ¡Estoy loca! Esto es quien soy. *Todo esto valida mi identidad como chica/mujer sucia.* Ese es mi sentimiento más profundo sobre mí misma. Es desconcertante cuando entras con generosidad y me ves como valiosa. Eso me hace cuestionar, ¿quién soy yo?

M: Eso es desconcertante. (fin de la sesión)

R: Significa mucho para mí que hayas buscado una consulta para hablar de nuestro trabajo. Significa que querías saber más.

En esta secuencia, vemos a R luchando por ser vulnerable tras una sesión en la que sintió mi cariño y apoyo. Aceptar mi apoyo amenazaba su identidad como sucia e indigna de cuidados. Me cuenta que su identidad negativa es reconfortante por su familiaridad y que la idea de renunciar a ella la desorganiza. Las ideas desarrolladas por Lichtenberg y sus colaboradores sobre las formas de los estados aversivos del trauma que se buscan por su comodidad y familiaridad me ayudaron a entender la pulsión de la paciente a establecer el rechazo para mantener su identidad negativa (Lichtenberg et al., 1992). Dentro de mí, para empatizar con la amenaza a la identidad de R, imaginé lo desorganizador que sería para mí si de repente me enfrentara a otra persona que me dijera que soy mala.

R continúa identificando una raíz evolutiva de esta identidad: nunca te apoyes en los demás ni confíes en ellos, ya que inevitablemente te abandonarán o atacarán. En futuras sesiones, empezamos a ver que la necesidad de aferrarse a su identidad de "niña sucia" cumple una función defensiva para protegerla de sentir plenamente el dolor de la traición de sus padres. Para R, las relaciones tienen que ver con el poder: quién dominará al otro, quién será el que haga las cosas y a quien se las harán (Benjamin, 2004). Ha sido doloroso y a veces desalentador para mí ver, a pesar de su gran dolor y sufrimiento, cómo R se aferra a sus actitudes y comportamientos negativos con una tenacidad de vida o muerte. Estamos aflojando el agarre de su odio hacia sí misma paso a paso, sólo para que R apriete repetidamente su puño de odio hacia sí misma. Vivir esto juntas -tolerar estados fluctuantes de esperanza transitoria y profunda desesperación- es una experiencia profunda para ambas.

Conclusión

Una de las contribuciones más significativas de la psicología del *self* al psicoanálisis implica una visión del tratamiento analítico como un proceso fundamentalmente implicado en la restauración y revitalización de la trayectoria evolutiva estancada del paciente. Ampliando las ideas de Kohut sobre el movimiento hacia la salud, vemos que el modelo de Lichtenberg incluye promover la capacidad del paciente para identificar y regular los afectos negativos como contribución al desarrollo de un sentido del *self* fuerte y coherente. Hemos visto que ayudar a nuestros pacientes a dar voz y explorar eficazmente toda la gama de sus afectos aversivos a medida que surgen, tanto dentro como fuera de la relación analítica, se convierte en un foco esencial del trabajo terapéutico. Además, enfatizamos la importancia de desarrollar y sostener una sensibilidad contextual que reconozca que la experiencia diádica no puede separarse de una comprensión del mundo histórico/cultural más amplio en el que está inmersa (Sucharov, 2019). Este reconocimiento requiere que el analista amplíe su comprensión de los contextos históricos y culturales, así como que mantenga una perspectiva amplia al explorar las configuraciones relacionales actuales y pasadas de los pacientes. Por último, hemos visto que abrirnos a ver y presenciar las experiencias de un paciente de estar en el extremo receptor de prejuicios y discriminación, especialmente viniendo del analista, ha sido transformador para ambos miembros de la díada terapéutica.

Referencias

- Beebe, B., & Lachmann, F. (2013). *The origins of attachment*. Routledge.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 5–46. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>
- Carr, E., & Cortina, M. (2011). Heinz Kohut and John Bowlby: The men and their ideas. *Psychoanalytic Inquiry*, 31(1), 42–57. <https://doi.org/10.1080/07351690.2010.512847>
- Corpt, E. (2019). *Ethical labor: The ground between experience near and experience distant: Response to Cushman's keynote*. Presented at IAPSP Conference, Vancouver, Canada. (Unpublished paper).
- Fosshage, J. (1995). An expansion of motivational theory: Lichtenberg's motivational systems model. *Psychoanalytic Inquiry*, 15(4), 421–436. <https://doi.org/10.1080/07351699509534050>
- Hellinger, M., & Prasad, S. (2017). *Rupture and repair in cultural processing*. Presented at the IAPSP 40th Annual Conference, Chicago, IL. (Unpublished paper).
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International University Press.
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27(1), 360–400. doi:10.1080/00797308.1972.11822721
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. International University Press. Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* University of Chicago Press.
- Kohut, T. (2018). *History flows through us: Psychoanalysis, historical trauma, and the shaping of experience*. Presented at the IAPSP 41st Annual Conference, Vienna, Austria. (Unpublished paper).
- Lachmann, F. (2001). *Transforming aggression: Psychotherapy for the difficult to treat patient*. Jason Aronson, Inc. Leary, K. (2000). Racial enactments in dynamic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 10(4), 639–653. doi:10.1080/10481881009348573

- Lichtenberg, J. D. (1989). *Psychoanalysis and motivation*. The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D. (2005). *Craft and spirit: A guide to the exploratory psychotherapies*. The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D., & Kindler, A. R. (1988). A theory of motivational-functional systems as psychic structures. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36S(Supplement), 57–72. doi:10.1177/000306519404200204
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. I. (1992). *Self and motivational systems*. The Analytic Press. Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. I. (1996). *The clinical exchange*. The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. I. (2011). *Psychoanalysis and motivation: A new look*. Routledge. Magid, B., & Shane, E. (2017). Relational self psychology. *Psychoanalysis, Self & Context*, 12(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/15551024.2017.1251176>
- Mitchell, S. (1998). Aggression and the endangered self. *Psychoanalytic Inquiry*, 18(1), 21–30. <https://doi.org/10.1080/07351699809534167>
- Philipson, I. (2017). Fearing the theoretical other: The legacy of Kohut's erasure of the analyst's trauma. *Psychoanalysis, Self & Context*, 12(3), 211–220. <https://doi.org/10.1080/24720038.2017.1320096>
- Slavin, M. O., & Klein, J. (2013). Probing to know and be known. In Beebe, B. & Lachmann, F. (Eds.), *The origins of attachment* (pp. 163–171). Routledge.
- Strozier, C. (2001). *Heinz Kohut: The making of a psychoanalyst*. Farrar, Straus and Giroux.
- Sucharov, M. S. (2019). We are all located somewhere: Thoughts on history, trauma, and the psychoanalytic process. *Psychoanalysis, Self & Context*, 14(2), 93–103. <https://doi.org/10.1080/24720038.2019.1582243>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *The American Psychologist*, 62(4), 271–281. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Teicholz, J. (1999). *Kohut, Loewald, & the Postmoderns*. The Analytic Press.