

# ESCRITOS RELACIONALES

Revista de la Asociación de Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional de Chile (APPR Chile)







## ESCRITOS RELACIONALES

---

Revista de la Asociación de Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional de Chile (APPR Chile)

---

**Director:**

*Pedro Rodríguez*

**Comité Editorial Revista:**

*Verónica Ávalos*

*Macarena López*

*Paulina Müller*

*Claudia Solé*

*Escritos Relacionales* es una publicación en formato digital en español de la *Asociación de Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional de Chile (APPR Chile)*. Es una publicación orientada al desarrollo, diálogo y difusión del Psicoanálisis y la Psicoterapia Relacional.

*Escritos Relacionales* desarrolla números temáticos abiertos a la comunidad relacional buscando dar cuenta de temáticas emergentes de importancia -en especial- en el contexto latinoamericano. El formato de dichos artículos puede ser ensayos, estudios clínicos, e investigaciones, y además recoge ponencias de actividades de la APPR Chile, así como comentarios de cine, revisiones de libros y revistas.

# Índice

Portada: aporte de <i>Joaquín Celis</i>	
Editorial	5
Palabras Directorio APPR - <i>Claudia Martin</i>	6
<b>CONTENIDOS</b>	
<b>Artículos</b>	
Un recorrido de mi experiencia como terapeuta relacional e intersubjetiva: intentando huir (sin éxito) de la propia subjetividad. <i>Amalia Fernandois</i>	7
Más allá de la interpretación; revisando el caso de Margaret Little a la luz de la actualidad. <i>Nicolás Gómez y Eduardo Pérez</i>	13
No existe tal cosa como un paciente difícil. <i>Matías Méndez</i>	25
Texto y escritura, escritores y lectores. <i>Pedro Rodríguez</i>	38
Fantasmas a la moda. <i>Patricia Cordella</i>	47
(Im)–postura terapéutica, ¿apertura creativa? <i>Claudia Barrauto, Viviana Larrea y Catalina Scott</i>	53
<b>Reseña de libros</b>	
La relevancia de la vergüenza en el desarrollo psíquico. Reflexiones a partir del libro “Teoría de la regulación del afecto: un modelo clínico” de Daniel Hill. <i>Solange Coddou</i>	61
<b>Columna de opinión</b>	
Empezar a mirar y mirarse con lentes violeta. <i>Marcela Robles</i>	65
<b>Cuento</b>	
Un trago amargo. <i>Nicole Magendzo</i>	68
<b>Relatos</b>	
El arrepentimiento. <i>M. Eugenia Boetsch</i>	69
Gestos. <i>Gianni Cánepa</i>	71
Palabras. <i>Consuelo Undurraga</i>	72
<b>Humor/Comics</b>	
Cosas que hago cuando no viene un paciente. <i>Paula Barrera</i>	73
<b>Arte / Collage - Fotografía</b>	
Inmersión fotográfica en el continente Antártico. <i>Susana Chauriye</i>	74
¿Quién soy? <i>Paola Walersztajn</i>	76
<b>Poesía</b>	
Perséfone ha vuelto. <i>Marcela Araneda</i>	77
No deseadas. <i>Marcela Araneda</i>	78
Siesta de verano. <i>Marcela Araneda</i>	79
<b>Jornadas</b>	
Jornada APPR “La pareja de hoy aperturas y dificultades desde la clínica relacional vincular”	80
El conflicto en la relación de pareja: Explorando sus múltiples dimensiones. <i>Francisca Pérez</i>	81
Terapia de Pareja desde la perspectiva psicoanalítica. <i>Bárbara Ortúzar</i>	85
Comentario. <i>Marta del Río</i>	90
Congreso “En diálogo con distintas perspectivas”	92
Cuando el juego se detiene: una niña, su analista y Zoom. <i>Amy Joelson</i>	93
Recuperación y autorrevelación en la terapia con adolescentes con TEA. <i>Roy Aldor</i>	102
Discusión. <i>Macarena López</i>	106

## Editorial

Presentamos este nuevo volumen de nuestra revista Escritos Relacionales, fruto de un entusiasta y acucioso trabajo por parte del Comité Editorial y sobre todo por parte de cada autora y autor, quienes han colaborado enviando sus trabajos, asumiendo a veces el arduo proceso de correcciones. Les agradecemos su generosidad y persistencia, sin las cuales nada de esto es posible.

En este cuarto volumen de la revista se ofrece un panorama de reflexión, muy atingente a los tiempos que vivimos, a nuestro empeño en la psicoterapia relacional, así como a la valorización de la persona del terapeuta, su experiencia y subjetividad. Entre artículos, reseñas y columnas de opinión, el aporte conceptual, teórico y de análisis nos provoca detener por un momento la vorágine del quehacer y abrir un diálogo que nos anticipe los desafíos para el psicoanálisis relacional e intersubjetivo.

Lo sabemos, no todo tiene que ser teórico y conceptual: los aportes poéticos y narrativos, las imágenes de arte fotográfico, plástico, estético y también el humor nos ponen en una dimensión rica en lo simbólico. Aportes ante los cuales quedamos de cara a lo esencial, a la manifestación de la belleza, al acontecimiento de lo auténtico que nos interpela. Asombrarnos y sintonizar en esa profundidad es la invitación que sus autores y autoras nos regalan.

Por último, ofrecemos el registro de las jornadas vividas y un traer al presente experiencias de encuentro, de discusión y escucha, pues son claves para vivir entre nosotros la relacionalidad que trabajamos en el encuadre terapéutico. No se trata solo de dejar constancia y registro de un contenido, sino del encuentro y la participación a propósito de estos contenidos.

Hay preguntas que este volumen nos deja resonando. Sólo por explicitar algunas: ¿qué hay en aquellos gestos, que pueden durar un segundo, y sin embargo, marcan para siempre? No solo gestos, también palabras y textos, en el encuentro con el otro, en la pareja, en el encuadre clínico, con el desconocido que sufre, incluso cuando sentimos que perdemos la capacidad para pensar con claridad. ¿Qué ofrecemos para que una persona no solo exista sino sienta que existe, cuando su sufrimiento y vergüenza son intensos? ¿Qué pasa con la imagen de sí mismo, con los fantasmas momentáneos, desde la percepción del propio cuerpo hacia la construcción de identidad? Todos estos cuestionamientos surgen cuando ocurre el darse cuenta de cuánto se ignoraba, o cuando el mundo parece mostrarse dividido entre buenos y malos, cuando apenas se logran regular los afectos. Y así seguimos conversando.

Agradecemos la labor de correctores expertos y traductores, aporte fundamental en pro de la calidad, desde los detalles formales hasta aspectos técnicos en las propuestas. Como comunidad de profesionales somos testigos de un trabajo colaborativo de gran calidad.

Desde ya les volvemos a invitar para el próximo volumen de la revista, para que vayan pensando y poniendo por escrito o en imágenes plásticas sus aportes y, de este modo, mantener vivo este espacio de registro conversacional.

Comité Editorial

## PALABRAS CLAUDIA MARTIN

E-mail: claudiamartin.m@gmail.com

Qué alegría poder dejar estas palabras en la edición del cuarto volumen de nuestra revista Escritos Relacionales. Esta publicación es una breve representante de cada época que hemos ido viviendo como comunidad, nos podemos ver en ella como una entidad viva que va moviéndose, cambiando; en buena parte gracias a las nuevas personas que van incorporándose como miembros, la mayoría de ellos jóvenes que llegan con entusiasmo.

Desde que nos iniciamos como capítulo chilenos de la IARPP “much agua ha corrido bajo el puente”, luego de un proceso de natural maduración quisimos volar con alas propias, alas que nos permitirán volar más allá, poder iniciar la construcción de un programa de formación propio y consolidar una identidad local; y así fue como nos convertimos en APPR Chile. Sin embargo, el espíritu de aquel entonces cuando se creó el capítulo chileno, es el mismo de hoy, hay algo de nuestra identidad que tiene que ver con la curiosidad y, por lo tanto, con el respeto a lo distinto, porque cuando se busca con curiosidad no se encuentra lo que se conoce de antemano. Somos una agrupación donde coexistimos, interactuamos y co-construimos personas con intereses en común, pero también con distintas trayectorias y distintas prácticas; y aún así sentimos que pertenecemos y que entre todas y todos logramos un espacio de confianza y comodidad.

Sin duda, lo central es el interés en el psicoanálisis relacional, compartir y actualizarnos, crear redes de aprendizaje y de trabajo, pero qué decir, también somos muy simpáticos, buenos para el disfrute, nos encontramos en nuestros clubes de lectura literaria, nos recomendamos películas, series y bailamos juntas y juntos como ocurrió en la exitosa fiesta que tuvimos el verano recién pasado. Nos conocemos y reconocemos como personas con distintos aspectos o facetas y tratamos de darles cabida y validez. ¡Sólo buenas cosas pueden seguir ocurriendo si mantenemos este espíritu!

Sigamos adelante.

Claudia Martin  
Presidente APPR

# ARTÍCULO

## “UN RECORRIDO DE MI EXPERIENCIA COMO TERAPEUTA RELACIONAL E INTERSUBJETIVA: INTENTANDO HUIR (SIN ÉXITO) DE LA PROPIA SUBJETIVIDAD”

Amalia Fermandois Schmutzer

Psicóloga Clínica UC. Miembro APPR Chile e IARPP Internacional. Post-Título en Psicoterapia Psicoanalítica Focal, Corporación Salvador. Diplomado de Post-Título en Clínica Psicoanalítica con Adultos, Universidad de Chile.

E-mail: amaliafermand@gmail.com

A través de este artículo quisiera compartir cómo ha sido para mí conocer esta forma de realizar psicoterapia, y cómo vamos descubriendo como terapeutas nuestra manera de ejercer clínica, de acuerdo a la identidad y características de cada uno. Pretendo plantear mi experiencia de hacer psicoterapia con adultos desde la perspectiva psicoanalítica relacional e intersubjetiva, donde a partir de distintos ejemplos, intento mostrar que el trabajo terapéutico es un emergente, en constante transformación y diálogo compartido. El campo influye en mi subjetividad y viceversa. Además, expondré acerca de la psicoterapia como un arte que implica, por una parte, improvisación, y por otra, el espacio reflexivo y compartido en comunidad. Palabras Clave: Intersubjetividad, falibilismo, espontaneidad, mutualidad asimétrica, influencia mutua, alianza terapéutica, psicoterapia como un arte, improvisación, enactment, espacio reflexivo y comunidad.

Acostumbrada a la estructura y el control de todas las situaciones posibles, me vi envuelta en un dilema al descubrir el psicoanálisis relacional y posteriormente intersubjetivo. Me reencontré con un psicoanálisis diferente, en una época en que el psicoanálisis (clásico) para mí era impensable de aplicar, difícil, alejado de mi estilo personal y estudiado con temor. En resumen, el psicoanálisis clásico no coincidía tanto con mi estilo, pero entregaba orden y estructura, lo que también me hacía sentir segura. Ahora, en diversas situaciones de supervisión psicoanalítica me sentía criticada por mi espontaneidad, por soñar con los pacientes y más aún querer comentarlos, un sinnúmero de fenómenos que no sabía dónde instalar ni cómo nombrar. ¿Dónde quedaban instaladas mis propias emociones, las sensaciones del terapeuta que no necesariamente tenían que ver exclusivamente con el paciente? ¿Se podría tener una mirada más humana y auténtica hacia el otro?

### Un poco de contexto

El año 2013 me inscribí al Congreso de la IARPP organizado en Santiago en ese entonces por IARPP Chile. Ingresé a un grupo de estudio y supervisión de la misma línea y también en esa misma época comencé a trabajar en psicoterapia individual y grupal en población de alto riesgo psicosocial con problemas de consumo de sustancias y alcohol. Estas diferentes experiencias que confluyeron en ese momento, hicieron replantearme muchísimas cosas. Al conocer este nuevo psicoanálisis (o nuevo para mí) mi sensación fue de alivio, al fin había encontrado un enfoque que fuera más amigable a mi forma de pensar y a mi forma de acercarme a aquel desconocido que sufre, desde la hermenéutica de la confianza, no de la sospecha (Orange, 2013). Nada tenía que esconder alguien que venía buscando alivio a su sufrimiento, y a mi parecer, el motivo no obedecía necesariamente a una resistencia. Un psicoanálisis que se refería a los afectos, más que a las pulsiones, una relación de a dos, sujeto a sujeto. No obstante, al poco tiempo y hasta el día de hoy ha significado un desafío a mis principios organizadores de la experiencia, a mi estructura. Me ha invitado a tener más apertura a lo novedoso, a reconocer los errores, a salir de la neutralidad y el anonimato. Cada sesión es novedosa, impredecible, funciona como emergente. Esto resulta difícil a quienes a veces huimos un poco de las sorpresas. Agregó también que tal como plantea Bromberg (2006, como se citó en Sassenfeld, 2012) la situación clínica óptima es “segura pero no demasiado segura” (p.47), concediendo un lugar legítimo a las inevitables fallas y errores del terapeuta. Como se menciona muy bien resumido en el Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Relacional e Intersubjetivo, el falibilismo implica adoptar una actitud consciente respecto a los límites de nuestras propias ideas. Supone despojarse de

los propios prejuicios e interesarse por la verdad personal de cada paciente (León & Ortúzar, 2020). Ahora, ¿despojarse de los propios prejuicios? ¿Es posible eso? En eso también pienso que fallamos. A veces vemos los prejuicios como algo negativo que hay que evitar, pero ¿no sería mejor reconocerlos como parte de nuestro funcionar? La dificultad radica en que muchas veces no nos damos cuenta, si no es a posteriori. Tantos fenómenos de la situación clínica que se estudian entre sesiones, si es que llegamos a darnos cuenta. O incluso, post tratamientos.

### **Intersubjetividad, Influencia Mutua y Mutualidad Asimétrica**

Renik (1993,2006, como se citó en León & Ortúzar, 2020) propone que portamos una subjetividad irreductible. ¿Podemos los terapeutas aislar nuestras reacciones “personales” de nuestras respuestas “analíticas”? Nuestra subjetividad se cuele inevitablemente en el campo. También pienso, las del paciente en nuestra subjetividad, en nuestra forma de ver el mundo. Al reconocer esta subjetividad del analista en el campo, estaríamos asumiendo una posición y concepción menos autoritaria de nuestro rol en un proceso terapéutico, el analista visto menos como un experto que conoce la mente del otro. Ahora, ¿qué hacemos con esta nueva concepción? Según Renik (2002) la neutralidad no sería un ideal que el analista haya de perseguir, dada nuestra falibilidad como seres humanos. Para este autor, ocasionalmente el analista podría y debería opinar acerca de cuál es la mejor forma de resolver un conflicto del paciente, comunicándola. Y hay ocasiones en que a lo mejor no debiese hacerlo. De manera que entonces sería imposible no influenciar e imposible no ser influenciado, incluso por el mismo paciente. ¿Se puede escapar de la intersubjetividad? ¿Se puede huir de la influencia mutua?

Mutuo, mutualidad. Término acuñado por el gran Lewis Aron en su libro Encuentro de Mentes (2002). Significa algo común o compartido. Si le agregamos la asimetría, se complejiza el fenómeno. La mutualidad asimétrica plantea que en el campo terapéutico se comparte algo, y hay una influencia mutua, pero no es igual, no es simétrica. Nuestros roles terapeuta y paciente son diferentes. Yo cargo con la responsabilidad infinita por el desconocido que sufre. La asimetría y la mutualidad estarán en constante tensión. ¿Cómo mantener mi rol sin dejar de lado la mutualidad? ¿Y cómo mantener la mutualidad sin dejar de lado mi rol? O sea, no hay una solución al “problema”. ¿Es un problema o lo veo como problema? Ahora bien, creo sentir por mi experiencia como clínica que el paciente también ha influenciado mucho en mi forma de pensar y en mi vida. Siempre tengo la sensación de que aprendo mucho de ellos (esto me toca profundamente cuando hemos tenido la experiencia de atender a colegas y se refieren a sus experiencias como terapeutas). Lo menciono con cierto pudor, pues es el paciente el que quiere ser ayudado, quiere respuestas, quiere aprender nuevas formas de relacionarse en el mundo, consigo mismo y con los demás. Le podemos entregar una experiencia relacional nueva, en este tipo de interacción, ojalá menos dañina. No obstante, también los terapeutas vamos aprendiendo nuevos modos de relacionarnos. ¿Será correcto plantearse en el campo psicoanalítico de esta forma? ¿Qué dicen los terapeutas más “avanzados” en su ciclo vital?

A modo de ejemplo, de mutualidad y asimetría, subjetividad en común, una conjunción intersubjetiva (Stolorow & Atwood, 2004). Un tema muy en boga es aquel que tiene que ver con el género y equidad. Me he encontrado con pacientes mujeres que sienten que no se les aprecia la ayuda doméstica, que se considera un básico por su círculo familiar, y reciben el mandato de cuidar a los hombres de su clan, compadecerse de ellos, atenderlos. Muchas de ellas pueden ser las primeras profesionales de la familia, intentando salir de lo establecido socialmente. Sin embargo, el romper la norma significa una suerte de deslealtad. Romper con ese estereotipo del cuidado, el del guardarse en el ámbito doméstico. Tenemos una mutualidad como mujeres. Imposible no verme influenciada por el género y mi edad a la hora de intervenir. ¿Cómo me sentiría yo en su lugar? Me siento con rabia, con la sensación de injusticia. Estoy implicada emocionalmente en el campo y estos testimonios me hacen preguntarme por mi propia experiencia como mujer, hija, hermana, pareja. ¿Cuál sería mi relación con el género? En las terapias intento rescatar este ímpetu de las pacientes mujeres por salir del estereotipo social del cual la familia es característica. Pero al mismo tiempo, las invito a empatizar con realidades históricas diferentes dentro de su círculo cercano. Pues sus concepciones de lo que debe ser el rol de una mujer y de un hombre pueden no coincidir.

Hablemos de otras situaciones clínicas, pero desde la diferencia, una disyunción intersubjetiva (Stolorow & Atwood, 2004). Pensemos en pacientes hombres heterosexuales, con ciertas críticas hacia el género femenino. Muchos tienen una historia de pensamiento conservador que los influye. ¿Cómo trato de ponerme en su lugar y empatizar con sus molestias? Y al mismo tiempo, en mi naturaleza de mujer, ¿intento (o no) instalar mi postura más feminista? ¿Explicito mi dificultad? ¿Cómo hacer que no me afecte? O bien, que no nos afecte (a paciente y terapeuta). ¿Será un imposible? O puedo retener esta disyunción, trabajarla en mi propia psicoterapia, supervisarla, y de este modo, intentar utilizarla como herramienta clínica. ¿Generará muchos impasses? Probablemente, sí. ¿Será motivo para interrumpir una psicoterapia? ¿Para derivar? Puede ser, pero si fuera así, dejaríamos a la mayor parte de nuestros pacientes fuera de nuestro quehacer, por chocar inevitablemente tanto desde la similitud como la diferencia, la conjunción y la disyunción (Stolorow & Atwood, 2004). ¿Cuáles son nuestros límites? ¿Será también comprensible e incluso sensato restarse y “rechazar”? Pues estamos reconociendo nuestra propia subjetividad como parte del campo.

### **Perspectiva relacional, un obstáculo y/o una oportunidad**

Otro desafío importante al trabajar desde la perspectiva relacional. ¿Es un obstáculo o una oportunidad? Me vienen a la mente situaciones clínicas de pacientes con una realidad socioeconómica diferente a la del terapeuta. Pensemos en pacientes con una historia de origen vulnerable. Dado lo importante que ha sido para ellos sacar a flote su carrera universitaria, se validan especialmente desde lo que han logrado laboralmente. Una de sus posibles preocupaciones en la interacción con los demás es el aspecto formal, su apariencia, y sus conocimientos relativos a su profesión. Estas características tienden también a observarlas y buscarlas en el otro. Como terapeutas podemos vernos obligados a veces inconscientemente a vestir más elegantes en sesiones presenciales, porque para este tipo de pacientes temas como el aspecto físico y la vestimenta pueden ser una forma de tomarse el espacio en serio, incluyendo la psicoterapia. Intentamos cumplir con sus expectativas, pero tenemos una diferencia evidente en cuanto a nuestras historias. Si nos apegamos a la teoría de la neutralidad, nos protegemos de esta incomodidad. Pero si nos hacemos conscientes (suele ser a posteriori) de esta suerte de enactment y consideramos el campo en el cual nos encontramos inmersos, esta diferencia puede ser una oportunidad para el trabajo terapéutico: validando sus logros, empatizando con lo incómodos que se han sentido al tener que lidiar con una realidad muy diferente a la que acostumbraban de niños. Su nueva situación es privilegiada pero costosa emocionalmente. Para muchos el poder costear una psicoterapia particular podría contrastar con su realidad pasada y los haría sentirse privilegiados y tal vez un poco culpables. ¿Cómo influye esta variable en el campo terapéutico? ¿Y en la relación entre nosotros dos? En este sentido, la perspectiva relacional sí podría ser una oportunidad para el encuentro y el cambio terapéutico.

### **Contextualismo y lo que emerge en el Campo Terapéutico**

Desde el psicoanálisis relacional intersubjetivo se replantea el concepto de técnica, basándose en la perspectiva contextualista. La técnica no es una sola, no existe una forma correcta de operar en el campo. O bien, lo correcto es observar y analizar cada situación clínica específica entre un psicólogo particular, un paciente y un momento particular en su trabajo conjunto. Pienso que lo emergente hace alusión a aquello que no es posible anticipar. Debemos sostener y tolerar la incertidumbre y por lo demás, lo desconocido (Bacal & Carlton, 2011, como se citó en Sassenfeld, 2012). Somos invitados a tolerar la ansiedad de no conocer la respuesta. A algunos les parecerá algo obvio, pero recibimos el mensaje que decirle a un paciente (o a cualquier persona) “no sé”, puede ser contraproducente o amenazante, quizás más para el terapeuta que para el mismo paciente. Con esto me viene a la mente cuando los pacientes en plena crisis de pareja preguntan si debiesen separarse o no. ¿Qué es lo que pensamos al respecto? Por supuesto que podemos tener una opinión, pero tampoco queremos vulnerar su autonomía y su agencia, su capacidad reflexiva, al entregarles una respuesta que por cierto no tenemos clara. ¿Les podemos decir “no sé”? ¿Podemos tolerar nuestra ansiedad compartida? Buscando entregarle algo que les haga sentido, desde mi perspectiva, intento mostrarles los diferentes caminos, que en compañía mía pueda preguntarse y responderse en base a su experiencia. Aunque a

mí también me gustaría tener cierta certeza de su futuro, funcionar como adivina, poder predecir, pero no es mi labor. Es labor de ellos buscar su propia respuesta, en compañía mía.

### **Protototalidad y un Psicoanálisis más democrático**

Revisando el concepto de protototalidad, y parafraseando a Kohut (1997, como se citó en Sassenfeld, 2012), en la esperanza que tiene el paciente de recibir una respuesta empática mejor a la que tuvo en su historia, podemos fallar. Y eso no nos debiese hacer sentir culpables. Este error nuestro muchas veces lo notamos a posteriori, post enactment. A su vez, el pedir perdón ¿será parte también de lo que nos distinga de otros enfoques? No todo es del paciente, hay mucho de nosotros mismos. Pienso también en el cambio comunicacional, político, cultural que se ha dado estos últimos tiempos, no solo en nuestra disciplina. O más bien, el cambio de paradigma relacional puede estar obedeciendo a estos nuevos tiempos en donde el trato es más horizontal (el terapeuta contribuye a esto, en esta mutualidad). Un psicoanálisis más democrático en el sentido de poder expresar a través de un diálogo compartido aquello que nos parezca y aquello que no, tanto al terapeuta como al paciente. Como también proveer en nuestra función de terapeutas el espacio para ello, que considere el perdón, el agradecer, el invitar a armar juntos el trabajo terapéutico y el camino hacia el cambio. Jessica Benjamin (1996) nos invita a considerar que el terapeuta ya no aparecería como una autoridad objetiva, sino como alguien subjetivamente imperfecto, generándose una constante tensión, que se soluciona por medio de un tercero. Un tercero que permitiría un reconocimiento mutuo. Con esto evitaríamos caer en un sistema de dominio-sumisión, amo- esclavo en la relación terapéutica.

### **El nuevo “encuadre”. Más allá de la neutralidad, abstinencia y anonimato**

El concepto del encuadre también ha experimentado una transformación que va en línea con la evolución del psicoanálisis (Camus & Girardi en Jiménez & Figueroa, 2019). Más allá de la neutralidad, abstinencia, anonimato del analista y las formas de relación con el paciente (pago, frecuencia, duración, modo de relacionarse), se define incluyendo el “estado mental del analista”, actitud consciente e inconsciente, que permita abordar los cambios en la contratransferencia, inevitables y necesarios. El paciente nos hace participar e implicarnos emocionalmente, durante el análisis. Nuestra experticia radica en meternos y salirnos de este torbellino emocional como nombran los autores, observando lo ocurrido. Y más radicalmente desde la línea relacional, la terapia misma por naturaleza implicaría la generación de un vínculo donde paciente y terapeuta participan, en un plano emocional no-consciente y el “estado mental del analista” es producto de su mundo interno activado en relación con el paciente (Camus & Girardi en Jiménez & Figueroa, 2019). No hay neutralidad. ¿Cómo lo hacemos? ¿De qué nos sostenemos para poder ayudar al otro? Al parecer el ser terapeuta relacional tiene ciertos costos. Existe un dilema que queda abierto, que podría ser abordado en la misma terapia. Los analistas clásicos no evidenciaban este dilema y todo se solucionaba con el ser “neutral”, “abstinente”, “anónimo”. ¿Resultaba protector para el terapeuta? ¿O defensivo? Pero considero que “eliminaba” lo que podía sentir el terapeuta y cómo eso podía ser un aporte al proceso del paciente. Como se plantea en el Diccionario Introductorio, desde el psicoanálisis clásico, la neutralidad aludiría a un ideal cientificista de no influencia e imparcialidad ideológica por parte del analista (León & Ortúzar, 2020). En cambio, desde la línea relacional, desde una teoría unipersonal a una bipersonal, se cuestiona la neutralidad como un requisito y/o beneficio en favor de la terapia. Resulta un imposible. Aron (2002) plantea el concepto de mutualidad asimétrica, como alternativa a la neutralidad. Existe un inconsciente que es relacional, por ende, tanto terapeuta como paciente participan. Existe una mutualidad, pero también una asimetría, en donde los roles son diferentes tanto para paciente como terapeuta.

### **Alianza Terapéutica, romper y reparar**

Agreguemos otro tema importante que no sólo implica a los terapeutas relacionales: alianza terapéutica, clásicamente definida como una condición para el cambio, el éxito. Término acuñado por muchas corrientes de psicología, transversal a las

diferentes teorías. Sin embargo, Safran & Muran (2000) refieren que no es tanto la alianza una condición, pues esta además tiene rupturas. Y la resolución de estas rupturas sería la esencia misma del proceso de cambio. Es decir, podemos tener rupturas, a veces por error nuestro, por desacuerdo en objetivos, por características del paciente y/o todas las anteriores. Y en eso existiría una posibilidad para el avance. Una experiencia de aprendizaje, para el paciente, y para todo el campo relacional (incluido terapeuta). Esto también nos expone, a asumir nuestra propia responsabilidad en la interacción con el paciente y más allá aún, explicitarla.

Recuerdo con varios pacientes haber sentido una suerte de nerviosismo antes de una sesión en donde creía importante explicitar algo difícil. Una vez que la sesión comenzaba, mi sensación de alivio era gigante. Como si me hubiera sacado un peso de encima. Muchas veces una intervención (un autodevelamiento tal vez) abrió algo importante entre mí y el paciente, y éste también se vio en la libertad de poder responder. En varias ocasiones no estoy de acuerdo, pero ahí aparece lo emergente, lo nuevo, lo que también nos permite entrar en un diálogo espontáneo, más libre, honesto. Lo compartido no necesariamente es el contenido, pienso, lo compartido es el hecho de plantear, de exponerse. Desde el otro lado, aparece una tensión en nosotros los terapeutas (o tal vez hablo por mí) cuando el paciente explicita algo que le molesta, le incomoda, de la sesión o de alguna anterior. A lo mejor muchos que lean este artículo no sienten esta tensión, o no la visualizan como dificultad. ¿Será un asunto de experiencia? ¿O suele ser una amenaza? Ahora, también se podría entender que el paciente está en confianza, se siente vinculado, en un espacio seguro, donde podremos recibir su enojo, molestia, etc... Eso a veces me consuela y me hace también darle sentido a los momentos de conflicto en el campo terapéutico. Esto nos sucede también a los que criamos niñas y niños, quienes muestran su enojo espontáneamente con las personas con las que más confianza tienen. Ocasionalmente cuesta tolerarlo, pero puede ser significativo para el crecimiento. Winnicott (1969, como se citó en Chagas, 2012) nos enseñó a ver la agresión como un impulso primitivo natural del niño, el cual debiese ser sostenido en un ambiente suficientemente bueno, y permitido de ser expresado. Sería una manifestación de la vitalidad. El cuidador buscaría sobrevivir a esta agresión para ayudarlo a acceder correctamente a la realidad. Llevando este vínculo primario a la situación clínica, ¿el ejemplo que doy podría pertenecer a este intento, por parte de nosotros los terapeutas? ¿Permitirle cierta expresividad de la agresión al paciente, pero sobreviviendo a ella por medio de un ambiente facilitador que permita su desarrollo emocional?

### **Psicoterapia como Arte e Improvisación**

Por último, y en línea con todo lo planteado en este artículo, quisiera hacer referencia a la psicoterapia como un arte. Aterrada por pensar en estudiar una carrera que históricamente se ha definido como ciencia, pensé en rehuir de la misión. Siendo bien humanista, ya el hecho que la psicología fuera definida como una "ciencia" social, me hizo pensar en cambiar de parecer, varias veces: antes, durante y después de estudiarla. Pero sucedía que en esto de atender me topaba con lo incierto, novedoso, impredecible, poco estructurado, en fin. ¿Qué es el arte sino una disciplina en constante improvisación? Se tiene una idea, pero plasmarla en un resultado es diferente. Es un emergente. Tal vez me gustaría agregar que la psicología es una ciencia social con un poco de arte. Pensemos en el arte de la música. Si bien la música llamada "clásica" tiene un lineamiento más claro pues tenemos la partitura y al interpretarla hay que seguir el tempo, los tonos graves y agudos, el volumen piano y forte, todo puede cambiar. El sonido puede ser diferente según el espacio físico, el público también y eso modifica la obra. Pero también es interesante cuando antes y después (no sólo durante) nos detenemos a pensar en lo que se armó. Esos silencios son los que nos permiten a posteriori seguir creando, modificando, interpretando. A modo de analogía, si lo comparo con la psicoterapia, puedo leer mucho o recurrir a instancias de formación. Sin embargo, en ocasiones me veo improvisando y lo digo con un poco de culpa, preguntándome por qué dije lo que dije, o usé tal expresión. Pero esta interrogante ocurre después. Por mucho que nos preparemos. A veces lo improvisado también requiere estructura y reflexión, aunque a lo mejor no en el momento. ¿Cuántas veces nos acordamos de momentos de la sesión en que dijimos "podría haberle dicho esto"? O "Ahora entendí este silencio". Lo interesante es que se retoma, se retorna al campo. Claro, siempre está la ingratitud de la situación clínica, cuando ocurren deserciones, interrupciones sin aclarar motivos, en fin. Para mí también eso ha sido un duelo que sigo trabajando.

## La importancia del espacio reflexivo y el compartir en comunidad

Creo que la supervisión, los seminarios, las jornadas y la propia terapia, nos permiten trabajar entre sesiones los diferentes momentos terapéuticos y darle sentido a lo que, pensamos, fue una improvisación (incluyamos el enactment). Mi opinión es que nuestra responsabilidad como terapeutas es en parte siempre volver a ese espacio reflexivo, inevitablemente influenciado por el terapeuta y su historia, los supervisores, los mismos pacientes que tanto nos enseñan, en fin, todo el campo relacional intersubjetivo.

Incluso esta experiencia de escribir ha significado para mí plasmar simultáneamente un trabajo de improvisación y reflexión, que a fin de cuentas busca compartir la propia experiencia personal y profesional, como forma de crecimiento y aprendizaje. Y, ¿por qué no? También me hace sentir parte de una comunidad, y no vivir mi quehacer tan en solitario. Cuán importante resulta observarnos dentro y fuera de nuestro trabajo, dejarnos apoyar por otros y compartir nuestras dificultades. ¿Será también que la pandemia y post pandemia nos enseñó a no aislarnos? Nos mostró que es importante mantenernos vinculados como comunidad profesional y humana. Dejo la pregunta abierta.

### Referencias:

- Aron, L. (1996). *Encuentro de Mentes*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Benjamin, J. (1996). *Los Lazos de Amor: Psicoanálisis, Feminismo y el Problema de la Dominación*. Buenos Aires: Paidós.
- Chagas, Dorrey, Rachel C. (2012). La Teoría de la Agresividad en Donald W. Winnicott. *Perfiles Educativos*, 34 (138), 29-37. <https://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v34n138/v34n138a18.pdf>
- Jiménez, J.P. & Figueroa, J. (2019). *La Práctica del Psicoanálisis: Evolución y Actualidad*. Santiago: Mediterráneo.
- Ortúzar, B. & León, S. Eds. & Autores (2020). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Relacional*. Santiago: RIL Editores.
- Orange, D M (2013). *El Desconocido que sufre: Hermenéutica para la Práctica Cotidiana*. Santiago: Editorial Cuatro Vientos.
- Renik, O. (2002). Los Riesgos de la Neutralidad. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas*, (10). <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000188>
- Safran, J.D. & Muran, J. Chr. (2005). *La Alianza Terapéutica. Una Guía para el Tratamiento Relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Sassenfeld, A. (2012). *Principios Clínicos de la Psicoterapia Relacional*. Santiago: SODEPSI.
- Stolorow, R.D. & Atwood, G.E. (2004). *Contextos del Ser: Las Bases Intersubjetivas de la Vida Psíquica*. Barcelona: Herder.

# ARTÍCULO

## MÁS ALLÁ DE LA INTERPRETACIÓN; REVISITANDO EL CASO DE MARGARET LITTLE A LA LUZ DE LA ACTUALIDAD

Ps. Nicolás Gómez Gálvez

Magíster Psicología Clínica de adultos mención en Psicoanálisis, FACSO, Universidad de Chile.

Mail: nicogomez@ug.uchile.cl

Ps. Eduardo Pérez Carrasco

Magíster en Psicología Clínica de adultos, mención Psicoanálisis, FACSO, Universidad de Chile.

Mail: eduardoperez@ug.uchile.cl

### Resumen

El presente trabajo revisita uno de los pocos casos clínicos de análisis de la literatura psicoanalítica, en el que el paciente cuenta su proceso. Se trata del caso de Margaret Little, psicoanalista británica, parte del grupo independiente. Relata sus tres experiencias de análisis: con el Dr. X, con la Dra. Sharpe, y con el reconocido psicoanalista D. W. Winnicott. En esta última experiencia se centrará la discusión, reconociendo los aportes principales de esta clínica psicoanalítica centrada en el abordaje de las angustias psicóticas de la paciente a través de la transferencia delusional, las contratransferencias y el abordaje de una regresión a la dependencia total, para un trabajo de una clínica psicoanalítica no edípica.

Palabras claves: Transferencia delusional, Winnicott, Regresión a la dependencia, Angustia psicótica, Análisis.

### “Beyond interpretation: Revisiting the Margaret Little case in light of the present day”

#### Summary

This paper revisits one of the few clinical cases of analysis in psychoanalytic literature, in which the patient recounts their process. It is the case of Margaret Little, a British psychoanalyst who is part of the independent group. She relates her three experiences of analysis: with Dr. X, with Dr. Sharpe, and with the renowned psychoanalyst D. W. Winnicott. The discussion will focus on the last experience, recognizing the main contributions of this psychoanalytic clinic focused on addressing the patient's psychotic anxieties through delusional transference, countertransferences, and an approach to total dependency regression for a non-Oedipal psychoanalytic work.

Keywords: delusional transference, Winnicott, regression to dependency, psychotic anxiety, analysis.

### Contexto socio-histórico

El contexto-histórico del análisis de Margaret Little se caracteriza por una época de guerras, crisis y revoluciones, periodo que se extiende desde la primera mitad del siglo XX en adelante.

El historiador inglés Eric Hobsbawm (2014) sitúa en el año 1914 el inicio de la Primera Guerra Mundial y la redistribución de las fuerzas político-militares, período en donde se generan profundas tensiones, lo cual terminaría luego por manifestarse con el ascenso del fascismo en Alemania y el estallido de la Segunda Guerra Mundial, lo que marcará fuertemente los destinos del mundo contemporáneo y del movimiento psicoanalítico.

Elisabeth Roudinesco (2019) comenta que se suele olvidar hasta qué punto las guerras han estado presentes en la historia del movimiento psicoanalítico, donde una época de crisis, guerras y revoluciones, se configura como el escenario de desarrollo del movimiento psicoanalítico, atravesado por las grandes guerras de la primera mitad del siglo XX, la revolución socialista en Rusia, el estallido revolucionario en Alemania en el año 23', la guerra civil española del 36', nos indican un escenario internacional estructuralmente convulsionado por el enfrentamiento imperialista internacional y el consecuente incremento de las luchas revolucionarias del proletariado europeo al interior de sus respectivos países (en Mandel, E. 1974).

Existe una conexión entre las teorías de Sigmund Freud y el contexto histórico en el que fueron creadas; dichas teorizaciones podrían ser entendidas a través de la teoría del materialismo histórico, en donde se sostiene que las obras culturales y teóricas son producto de las condiciones materiales del mundo en el que se producen. Un ejemplo de esto es cuando Margaret Little conoce a Winnicott (Little, M. 1995) y cuenta cómo él se levantó durante un congreso de la Sociedad Británica de Psicoanálisis para señalar que sus compañeros estaban siendo bombardeados mientras seguían con la actividad como si nada hubiera pasado. Esta intervención no tuvo mucho impacto en la audiencia de la asociación psicoanalítica británica.

En 1938, la Asociación Psicoanalítica Internacional tenía al menos 560 miembros en diferentes sociedades de psicoanálisis, incluyendo sociedades en los Estados Unidos, Holanda, Dinamarca-Noruega, Francia, Alemania, India, Japón, Suecia, Finlandia, Suiza, Austria y la Sociedad Británica de Psicoanálisis. Estas sociedades tuvieron diferentes experiencias durante la guerra, algunas disolviéndose y otras dividiéndose. Sin embargo, debido a la migración de analistas desde el continente europeo a Gran Bretaña, la Sociedad Británica se fortaleció en este contexto y se convirtió, según Roudinesco (2019), en la capital mundial del psicoanálisis en ese momento (en Limentani, A. 2004).

### **Exposición de un caso clínico de relevancia dentro de la literatura psicoanalítica**

El caso de la psicoanalista inglesa Margaret Little se encuentra desarrollado en su texto "Relato de mi análisis con Winnicott" (Little, M. 1995). El caso presenta la particularidad de ser una descripción clínica realizada por la propia analizada en su lugar de analizante, pero que debe ser matizado también por algunas idealizaciones de Margaret Little hacia Winnicott. James Grotstein en la introducción del libro destaca el carácter invaluable del aporte de la Dra. Margaret Little al compartir la historia de su análisis.

El análisis de Margaret Little se puede caracterizar a partir de tres momentos; el primer análisis lo desarrolla con el Dr. X, entre los años 1936 y 1938, luego continúa un nuevo análisis con Ella Freeman Sharpe entre los años 1940 y 1947 y finalmente realiza su análisis con Winnicott entre los años 1949 y 1957. La transcripción que realiza Margaret Little de su análisis, refiere y anticipa posibles dificultades asociadas a las propias distorsiones de la memoria, señalando que su narcisismo, exhibicionismo, inhibiciones y reticencias podrían operar una cierta alteración en la escritura del caso clínico, lo que representa una advertencia respecto de la naturaleza del material que presenta.

#### **Primer análisis, el Dr. X**

En 1936, Margaret Little convivía con una amiga quien presentaba serias dificultades anímicas, largos periodos de inestabilidad, descontrol, mal humor, amenazas de suicidio, etc. Su amiga decide iniciar psicoterapia, situación que le permitió comprender que también necesitaba tratamiento, proponiéndose encontrar un terapeuta.

Inicia su primer análisis, el cual fue desarrollado por el Dr. X, del cual Margaret Little refiere que recuerda pocas cosas. Comenta que durante las tres primeras semanas de trabajo en diván, habría experimentado un miedo paralizante, que le impedía hablar o moverse.

Recuerda que para el Dr. X, se trataba básicamente de una paciente neurótica leve y que no trataba de comprenderla, lo que demuestra una falta de escucha del verdadero síntoma que después pudo descubrir con Winnicott. Señala que el Dr. X, al percibir la tensión que ella experimentaba, solía calmarla masajeando su vientre e insinuaba que podría ser una mujer atractiva. Lo anterior es posible considerarlo como una "transgresión ética" del Dr. X, quien, si bien consideró que Margaret Little era neurótica, no operó según la abstinencia analítica sugerida por Freud para el tratamiento de los pacientes neuróticos, lo cual puede ser considerado como un acto de seducción.

Una de las intervenciones del Dr. X, consistió en interpretar lo siguiente: “parece que siempre estás pensando en los demás y disculpándote por tu existencia como si creyeras que no tienes derecho a ella” (Little, M. 1995, p. 28). En esta interpretación se aprecia un intento de operación de corte respecto de la subordinación al otro, interpretación que parece apuntar a que Margaret Little se posicionaría como objeto de la demanda en sus relaciones, aceptando la interpretación y asociando a ella recuerdos infantiles, con su madre y hermana donde la subordinación era constante.

En la última sesión, con el Dr. X, Margaret Little recuerda que este habría interpretado “por el amor de Dios, sé tú misma, no seas esa niña que vomita” (Little, M. 1995, p. 28), situación que para ella resultaba enigmática, refiriendo “no sé cómo ser yo misma” (Little, M. 1995, p. 28).

En esta interpretación es posible destacar que Dr. X si bien, asocia el significante del vómito como símbolo de una posición subjetiva de alienación, no alcanza mayor eficacia, en tanto las palabras del Dr. X parecen reproducir una demanda ajena, que le exige ser ella misma, revelando cierta inconsistencia de la interpretación, que Margaret Little parece retratar señalando que no todo lo que hizo el Dr. X resultó útil. Margaret Little refiere que habría logrado superar ciertos síntomas somáticos y habría experimentado una modificación en la relación dominante con su amiga.

Dr. X al conocer personalmente a Ella Freeman Sharpe decide presentársela a Margaret Little, quien empieza un nuevo análisis con ella en 1938.

### **Segundo análisis, Ella Freeman Sharpe (1940-1947)**

Margaret Little refiere que tras haber conocido a Ella Sharpe, la habría visitado con objeto de iniciar un análisis comentando las sugerencias del Dr. X, quien proponía que ya no había necesidad de análisis sino de síntesis. En la primera cita habría experimentado un temor ante su presencia, comenta: “La vi como una araña, en una niebla gris, supe que era una ilusión, una araña de la mente” (Little, M. 1995, p. 33), refiere haber sido presa del pánico y que por ello habría huido, lo que podría ser leído como una reacción fóbica de alejamiento de un objeto, nombrado bajo el significante de la araña.

El análisis con Sharpe se inicia a finales de 1940, tras dificultades que habría presentado Margaret Little en la conducción de un tratamiento donde se implicó emocionalmente con un paciente, decidiendo poner término al proceso. Margaret Little refiere que en primera instancia habría buscado al Dr. X para proseguir analizándose, sin embargo, debido a que no tenía disponibilidad en ese momento para atenderla, decide iniciar su nuevo análisis con la Dra. Sharpe.

En la primera sesión con Sharpe, Margaret Little refiere que habría experimentado nuevamente un miedo intolerable, traducido en una incapacidad de hablar o moverse, manteniéndose “tiesa” en el diván, frente a esto Sharpe guardó silencio, apegándose a la neutralidad analítica. Esto habría favorecido una intensificación de la tensión, precipitando los gritos de Margaret Little refiriendo “esto no puede ser cierto” (Little, M. 1995, p. 33), en este punto Sharpe interpreta que la reacción de Little corresponde a una “angustia de castración” y temor al superyó, sin reconocer que podría haber un fallo propio de la técnica en el tratamiento de la paciente, donde tanto el silencio como la interpretación pudieran ser contraindicados, por la rigidez de la analista.

Lo anterior describe una descarga de angustia, donde la huida aparece como forma de respuesta, situación que hace pensar -desde ese modelo- en una reacción neurótica de carácter fóbica frente a la imagen omnipotente de la analista, en quien estaría transfiriendo la imagen de su propia madre, lo cual podría ser considerado como algo propio de la clínica de la neurosis, sin embargo, Margaret Little menciona que:

“Mi temor no provenía de una neurosis, sino de una psicosis de transferencia... Para Freeman, mis conflictos eran la sexualidad infantil y así lo interpretaba ella, yo trataba de explicar que era mi existencia e identidad, no sabía que era ser yo misma... para mí la sexualidad era irrelevante...” (Little, M. 1995, p. 34).

Resulta relevante considerar una concepción diferente a la idea freudiana en que no hay transferencia en las psicosis (Freud, S. 1914), ya que en este análisis sostenido por Ella Freeman si se estableció la transferencia a pesar de los aspectos psicóticos de Margaret Little, quien refiere que su hostilidad hacia ella se tornó inamovible por su incapacidad para comprender los objetos escindidos proyectados en la analista.

La transferencia parece ser una reedición de la ambivalencia hacia la madre, predominando la hostilidad por la “incapacidad para comprender” de la analista, situación que puede ser leída desde la perspectiva de que Ella Freeman, no estaba escuchando la singularidad de la paciente, sino que estaba sustituyendo sus palabras por las articulaciones de la teoría, ejerciendo un efecto de profundización de sus síntomas.

Margaret Little, refiere que la analista era quien poseía el saber (así como le sucedía con su madre, quien imponía siempre su posición), lo que ella decía como interpretación se constituía como ley. Esta situación permite comprender cómo las angustias y hostilidades en la transferencia eran resultado de lo que la analista interpretaba no necesariamente del inconsciente de Margaret Little.

La huida de la que habla Margaret Little, puede ser leída desde la perspectiva de un des-completamiento del otro omnipotente (caótico en palabras de Winnicott) o bien como una forma de salir de la mirada del otro, para hacerse un lugar por fuera de la demanda de su madre proyectada sobre la figura de Sharpe.

Un punto importante del análisis con Sharpe aparece mencionado cuando Margaret Little habla de aspectos biográficos en particular de sus padres, ya que estos relatos son leídos por Sharpe como fantasías, generando un efecto de locura, a lo cual Margaret Little menciona “Me sentía atrapada y yo era la loca” (Little, M. 1995, p. 36). Es importante referir como el tratamiento “clásico” respecto de la neurosis, basado en silencios e interpretaciones verbales, ejercen un efecto des-subjetivante, profundizando la sensación de “pérdida de la realidad”, ya que Margaret Little comenta que esto la hacía sentirse “loca”, lo que merece un profundo cuestionamiento respecto del carácter silvestre de las interpretaciones de Sharpe, que más bien parecen orientarse a ratificar las construcciones teóricas de la analista en desmedro del avance de la cura.

La localización de la analista en el lugar del saber, podría pensarse como condición de la cura, en tanto favorece el desarrollo de transferencia en la suposición de un saber puesto en la analista.

Sin embargo, la posición de Sharpe, nos muestra una ubicación en el lugar de la verdad, sustituyendo la palabra de Margaret Little por interpretaciones “correctamente” basadas en la teoría, ejerciendo un efecto de negación de su palabra. Por tanto, una escucha centrada en la confirmación de la teoría y su imposición parecen ejercer un efecto que rebota como acting de la paciente, actuando aquello no escuchado de sus palabras.

La analista lejos de aceptar los enunciados de la paciente, les resta valor al considerarlos e interpretarlos como “fantasías”, degradando el carácter de “verdad” que estos contienen, situación que parece favorecer la omnipotencia imaginaria de la analista, quien no sólo se localiza desde el lugar de un saber real respecto de Margaret Little, sino que al no otorgar validación a los enunciados acerca de sus padres (por ejemplo), profundiza los acting en la transferencia, en tanto la analista no reconoce aquello que se pretende hacer reconocer por el otro, favoreciendo una “psicotización de la transferencia”.

Margaret Little termina su análisis con Sharpe cuando la analista le dice lo siguiente: “No tiene sentido seguir analizando por el sólo hecho de analizar” (Little, M. 1995, p. 38), lo cual es la definición más clara de que la analista nunca logró escuchar realmente a su paciente, a lo que se suma que posteriormente murió repentinamente. Frente a esto Margaret Little quedó nuevamente sin la ayuda necesaria y sin analista que diera escucha a su problema.

Luego Margaret Little fue con la doctora Payne, quien sí pudo escuchar realmente que estaba enferma y que no se había hecho nada con sus problemáticas, en este periodo con Sharpe. Lamentablemente no decide iniciar un análisis con ella, para esperar que Winnicott tuviera una hora disponible. Margaret Little define finalmente este proceso con Sharpe con las siguientes palabras:

“Sabía que nunca habíamos tocado mis verdaderos problemas; en lugar de empatía había habido una “confusión de lenguas” (Ferenczi, S. 1984). Sintiéndome más no persona que nunca, y aún sin saber lo que significaba ser “yo misma”, una vez más me encontraba totalmente expuesta a mi angustia psicótica, con una ira, una culpa, una impotencia y una desesperación abrumadoras” (Little, M. 1995, p. 39).

### Análisis con D. W. Winnicott

La relación analítica que se gesta en el caso de Margaret Little se caracteriza por presentar un encuadre muy especial, ya que si bien este fue establecido como todo análisis clásico con una frecuencia semanal de sesiones, y un horario para estas, Winnicott establece ciertas variaciones del encuadre según la necesidad de la paciente.

Lo que llama la atención en primera instancia, es que Winnicott le comenta explícitamente a Margaret Little que para poder llevar a cabo un análisis con un adulto, él tenía que estar en un buen estado emocional para ser capaz de soportar y realizar una regresión profunda, y por ello solo aceptaba pocos pacientes en este tipo de procesos largos. Vemos aquí como dentro del encuadre, Winnicott incluye el tema de la contratransferencia y de la persona del terapeuta de manera muy sincera.

El encuadre analítico en los siete años de análisis que llevaron a cabo Margaret Little y Winnicott fue muy variable. Winnicott al detectar que la problemática psicopatológica de su paciente no se trataba de un problema clásico de la clínica edípica, observó que requería de un abordaje diferente que se ajustara a propiciar lo que él llamó una experiencia de continuidad existencial, por ello, las sesiones podían variar en su extensión horaria, sin existir cortes.

De esta manera, el encuadre ocupa un lugar importante en la clínica psicoanalítica que presenta Winnicott, ya que es en éste donde podríamos considerar que se viven las experiencias primarias que se evidencian desintegradas en la transferencia psicótica de Margaret Little, mutiladas por la experiencia de la falta de tener una madre suficientemente buena.

Para que el proceso de análisis de Margaret Little, incluyendo la regresión psicoanalítica, tuviera éxito, Winnicott debió proporcionar un entorno lo suficientemente bueno a través del encuadre para soportar la desintegración del yo y la agresividad o pena profunda de su paciente, que estaban relacionadas con su angustia psicótica de desintegración. Se observa cómo el analista se transforma dentro del encuadre, *desde ser la madre a ser como la madre*.

Lo anterior responde a la alucinación psicótica de la paciente no resuelta en el análisis con Sharpe, lo cual involucraba una identificación proyectiva de la analista con la madre. Dicha alucinación fue posible de transitar a través de una experiencia analítica que no estaba centrada en la interpretación sino en el sostén y contención, de holding y handling, (Winnicott, D. 1962) que permitió a Margaret Little experimentar lo que no había ocurrido debido a la interrupción de la continuidad existencial en su infancia.

Ejemplo de lo anterior, es el sostenimiento de sesiones que duraban más de dos horas en donde Winnicott lo único que hacía era sostener la mano de Little mientras ella lloraba, tapada por la manta que el analista le tenía en el diván, a veces él se dormía, pero aun así no la soltaba. Este ejemplo de la corporalidad demuestra cómo el poder sostener a la paciente en su tránsito hacía una regresión, si bien es altamente costoso, es el proceso más idóneo en la clínica de los pacientes psicóticos o borderline.

En algunas ocasiones durante el periodo de análisis, en donde Margaret Little fue diagnosticada de ser celíaca, Winnicott tuvo la deferencia de ir durante tres meses a su casa cinco o seis veces por semana para atenderla, con la característica de que “las sesiones fueran más largas (duraban una hora y media), por los mismos honorarios, hasta el final de mi análisis” (Little, M. 1995, p. 46).

En relación a lo anterior se observa que Winnicott al darse cuenta del ambiente hostil y angustiante de la infancia de la paciente cedió a cambiar y flexibilizar los acuerdos del encuadre, es decir ajustó ciertos aspectos del encuadre que en la clínica psicoanalítica clásica podrían no variar, ya que desde una mirada interpretativa esta necesidad de mayor tiempo en la sesión, podría ser considerada como un ataque al vínculo o una demanda excesiva del paciente, pero en la clínica de la transferencia delusional esto se relaciona a la necesidad primaria de cuidado y contención, más que otra cosa.

La demanda de Margaret Little está constituida por poder trabajar una angustia profunda, la cual se caracteriza por pensamientos de ruina, y problemáticas traumáticas de la infancia. No había conseguido avanzar terapéuticamente, ya que el abordaje clínico que se había presentado no era el adecuado, primeramente por el Dr. X, insuficiente en profundidad y con complicaciones contratransferenciales, y después con la Dra. Sharpe, cargado por la conflictiva de la transferencia psicótica de la paciente en la identificación proyectiva con su madre y la analista.

Margaret Little manifiesta su demanda manifiesta de ayuda para poder lidiar con una depresión no tratada, que camuflaba conflictivas de su propia historia con su madre. A pesar de ello, por medio del proceso mismo se descubre que la demanda de la paciente, está conectada con que existe una constitución psíquica desintegrada y marcada por una necesidad de restaurar la falta de contención devenida desde conflictos traumáticos. Por tanto, la demanda verdadera de Margaret Little como paciente, es tener la posibilidad de experimentar una regresión a la infancia y poder integrar, a través de la dependencia total, aquellos aspectos que quedaron mutilados. De esa manera facilitar por medio de la transferencia, el sostén y la contención necesaria para salir de la conflictiva psicótica en la que estaba, y transitar a una personalidad más integrada.

Al hablar de alianza terapéutica, es importante entonces mencionar que la figura de Winnicott en estos términos tiene toda implicancia, ya que su trabajo ha sido relevado por muchos como el inicio a la concepción de alianza terapéutica, de hecho Grotstein declara en el prólogo del libro de Margaret Little que “al leer los trabajos de Little y de Winnicott tenemos la impresión de que con él estamos ante el verdadero padre del concepto de “alianza terapéutica” (Little, M. 1995, p. 12).

En la misma línea de lo anterior, la clínica de Winnicott se demuestra a través de este ejemplo de Margaret Little, la alianza terapéutica toma un curso fundamental en la posibilidad elaborativa de la paciente en su proceso de simbolización. En la introducción al libro, Grotstein señala que el enfoque psicoanalítico de Winnicott puede ser resumido de la siguiente forma:

“El “ser” del infante-medio-paciente debe ser separado por un medio de provisión ambiental (“ambiente de sostén”) para transformarse en un ser que lucha, que necesita, que desea, un self “hacedor”, capaz de realizar una neurosis de transferencia con conflictos edípicos. De lo contrario, el analista debe convertirse en el sustituto real del ambiente de sostén ausente del pasado, y debe preparar al paciente para un “análisis neurótico” mediante su propio sostén” (Little, M. 1995, p. 15).

Margaret Little dirá entonces que la alianza terapéutica con Winnicott fue conformada por su propia conflictiva psíquica de transferencia delusional, la cual requirió que la alianza no sólo estuviera sostenida por una relación analítica, sino necesariamente por la persona de Winnicott, que se involucrara del todo en su cuidado, así la posición del analista para conformar esta alianza es definida por Little de la siguiente manera:

“Las pulsiones propias del analista, deben ser utilizadas lo más plena y directamente como sea posible. El analista, a menudo es tomado repentinamente por emociones primitivas, sin dejarle tiempo para un pensamiento consciente antes de hablar o actuar. Siempre que su propio análisis haya llegado lo suficientemente lejos para establecer sublimaciones, ser maduro y conocer sus limitaciones, y no estar dependiendo o explotando a su paciente, los peligros que ciertamente existen serán riesgos razonables, especialmente si consideramos la seriedad de la enfermedad” (Little, M. 2017, p.142).

Entonces lo que se plantea sobre alianza terapéutica, no es una alianza que transgrede los límites éticos, sino una que pueda ser considerada como una relación de contención capaz de ser lo que no estuvo disponible en el momento de desintegración, por ello el análisis de la contratransferencia del analista es fundamental para lograr aquello (Winnicott, D. 1967).

Finalmente, la alianza terapéutica estuvo forjada por años de análisis y de relación en un espacio transicional o potencial el cual conformó la cura para Margaret Little. A esto nos referimos al espacio y tiempo común que comparten en el linaje de la tradición freudiana (objeto común como diría Marie Langer), la cual la familiariza en un lugar común pudiendo ella existir como sujeto, por la identificación con el otro, esta reflexión es escrita de la siguiente manera por la autora: “También con Winnicott, psíquicamente, hubo continuidad genética, ya que los dos veíamos en Freud a nuestro padre psicoanalítico; ambos habíamos absorbido las mismas ideas, y en ese nivel, pudimos tener un verdadero intercambio” (Little, M. 1995, p. 100).

Es decir, la posibilidad de sentir una continuidad existencial de su experiencia como sujeto a través del encuentro de un lugar común, que no era posible en la desintegración de la psicosis por medio de la transferencia delusional, sino ahora sí a través de una transferencia neurótica, compartiendo un padre simbólico.

Winnicott (2021) al ser pediatra, y después analista pudo y tuvo la oportunidad de observar la vida psíquica de cientos de infantes como también a sus cuidadores, por lo tanto al integrar sus conocimientos que se mantenían en ese momento sobre las fantasías sexuales infantiles propuestas por Melanie Klein y la tradición de Anna Freud, tuvo la oportunidad de poder considerar sus propias aproximaciones y teorizaciones a la conflictiva psíquica infantil que estaba observando.

Pudo observar que la problemática neurótica estaba asociada específicamente a la conflictiva edípica, pero que la relación del infante con sus cuidadores precedía a esta experiencia, la cual se conformaba desde las primeras vivencias. Por ello su objetivo de cura psicoanalítica presentaba ciertas variaciones, ya que según sus preceptos se necesitaría de un ambiente/ continente suficientemente bueno para lograr pasar de un estado de no-integración, a un estado de integración, por medio de la simbolización (Winnicott, D. 1964). Por lo tanto, si en la clínica de la neurosis la idea es levantar las barreras de la represión, en la clínica que vemos en este caso clínico la idea es poder realizar una regresión a la experiencia infantil para lograr una genuina experiencia de dependencia total, que luego devendrá en dependencia relativa (Winnicott, D. 1963a).

Según las palabras de Margaret Little el objetivo de la cura en su caso estuvo centrado en generar una relación analítica suficientemente buena, que propiciara una regresión a la dependencia total, es decir “es una manera de poder explorar áreas donde predominan angustias psicóticas, descubrir experiencias tempranas y reconocer y resolver ideas erróneas subyacentes, mediante la asociación transferencia/contratransferencia del analista y analizado” (Little, M. 1995, p. 99).

En términos más prácticos, en el análisis de Margaret Little se analizaron los aspectos psicóticos de sus angustias (Winnicott, D. 1960) provocadas por su relación materno-filial, la cual se fue agudizando en la medida de que esta situación psíquica se fue desplazando a otros momentos en su vida, lo anterior es explicitado de manera muy clara en el propio texto:

“He dado a conocer los orígenes de mi psicosis en experiencia del estado de caos organizado de mi madre (Winnicott, 1961) antes y después de mi nacimiento. Mi delirio fue de total identidad, continuidad y ser uno con mi madre, que luego transferí a Winnicott, con todas las ambivalencias correspondientes; para mí él era, absolutamente, el vientre de mi madre. En algún momento tuve que descubrir que en realidad no lo era; que él y yo no éramos idénticos, ni que uno era la continuación del otro; tuve que ver que él no era una parte de mí que yo proyectaba. Yo no podía hacer que él fuera ninguna de estas cosas excepto en mi fantasía; de modo que finalmente salió del “área de omnipotencia”, y pude percibirlo objetivamente (Winnicott, 1968)” (Little, M. 1995, p. 99).

La paciente es según sus propias palabras una psicótica borderline (Little, M. 1995), por ello, es importante plantear que la psicosis en la clínica de Winnicott no hace referencia a la psicosis estructural de las escuelas francesas desprendidas sobre todo de los aportes de Lacan. La escuela del grupo independiente, plantea un acercamiento diferente en relación a la psicopatología, ya que está mucho más marcada por su análisis de las relaciones objetales. Es de esta manera que la técnica, la clínica y el trabajo analítico va a estar mediado por esta comprensión de la infancia y del inconsciente.

En la misma línea, el análisis que entrega Margaret Little es una apertura para entender cómo funciona la terapéutica del psicoanálisis propuesto por Winnicott, que intenta profundizar en aspectos que no habían sido observados de la manera única que presenta este analista. Margaret Little por lo tanto define que “el trabajo de Winnicott se basa clara y definitivamente en principios determinados”, los cuales podríamos señalar que son “el reconocimiento no solo del individuo en sí sino también de su ambiente más temprano; la empatía...la experiencia de mutualidad...un comportamiento estable no rígido... la posibilidad de la regresión a la dependencia... el sostén y el jugar” (Little, M. 1995, p. 23).

Para que todo lo anterior que menciona Margaret Little pueda darse en el análisis, es fundamental el propio proceso de análisis del analista, por lo tanto cabe mencionar dos puntos en este apartado. Primero, que la transferencia no está basada en la conflictiva del deseo o del Edipo, sino que está sostenida en los conflictos narcisísticos del paciente, por una transferencia caracterizada por angustias primitivas y psicóticas, por lo tanto su abordaje no puede estar sometido a la interpretación como técnica primordial, es más, la regresión es la formulación planteada por Winnicott como la manera de poder propiciar y dar lugar a esta transferencia psicótica.

Como segundo punto, este tipo de transferencias son una pregunta a la posición del otro, no por su deseo sino por quien es, por ello que el análisis y la valoración de la contratransferencia es esencial para poder abordar las reiteradas solicitudes de presencia que la angustia psicótica podrá en la persona del analista, quien deberá responder sosteniendo y no desmintiendo al otro.

Se puede observar la contratransferencia en el análisis en la primera sesión con Winnicott, cuando se repitió su escena de terror, en donde se recostó en el diván tapada por una manta que Winnicott siempre tenía para sus pacientes, sin hablar ni moverse y se quedó impávida durante toda la sesión. Lo interesante en este ejemplo es que el analista pudo sostener la angustia y el silencio de la paciente dejándola estar en el espacio, sin presiones, controlando sus propias angustias y al final de la sesión según Margaret Little hizo la siguiente intervención: “En realidad no lo sé, pero me parece que, por alguna razón, me está evitando. Esto me alivió, ya que él pudo admitir que no sabía, y que podía aceptar la contradicción en el caso en que ocurriera” (Little, M. 1995, p.44). Esta amplitud de Winnicott de hablar de sus limitaciones desde el comienzo en el análisis es el ejemplo de cómo se presenta tanto la transferencia, como la contratransferencia, trabajadas en la angustia psicótica, ya que el reconocer la falta desde el inicio no es ponerse en el lugar del sujeto supuesto saber.

En ningún momento Winnicott, presionó a Margaret a cambiar su posición en análisis, era capaz de sostener meses de silencios.

Otro aspecto sobre la contratransferencia de Winnicott, es que este pasó por varios procesos en donde sus dificultades personales hicieron interrumpir el análisis, en momentos donde vivió ataques cardíacos, una separación y depresión. Lo relevante de esto, es que estos eventos jamás fueron omitidos o puestos en secreto para la paciente, todo lo contrario fueron tomados por Winnicott y puestos en juego sobre cómo esto afectaba a la paciente y su proceso, qué sentía y cómo lo vivía.

De lo anterior, Margaret Little señala que justamente esta situación fue conectada con experiencias infantiles en donde se sentía abandonada y angustiada por el embarazo de su madre, todo esto mencionando que "todo analizado es sensible a lo que le ocurre a su analista" (Little, M. 2017, p.55), por ello, se hace fundamental la observación de estos fenómenos transferenciales y contratransferenciales en el análisis.

Este fenómeno regresivo en el análisis y de dependencia mantenida con Winnicott, llegó a tal punto que producto de la depresión que cursaba Margaret Little, ella no conseguía dormir, y por ello llamaba telefónicamente a su analista para poder conciliar su sueño acompañada de las palabras de éste.

Además, todas las experiencias de agresión (Winnicott, D. 1947) que tuvo la paciente contra Winnicott, fueron sembrando y dando el espacio para que Margaret Little pudiera tramitar esas expresiones de enojo o rabia con él. Por ejemplo, el romper un jarrón muy preciado de Winnicott, y que este comprara otro para reponerlo, hizo que finalmente pudiera elaborar la experiencia de alguien que contenga su dolor y descontentión/desregulación, y poder expresarle a la madre sus emociones. El ejemplo de cambio analítico está puesto cuando en una agresión espontánea de Margaret Little, ella le dirige las siguientes palabras a su madre: "Le dije exactamente lo que sentía: que ella era cruel y ridícula, que no debió haberse casado o haber tenido hijos, y otras cosas de ese estilo, sin prestar atención al efecto que tenían en ella" (Little, M. 1995, p. 56), a lo cual Winnicott sabiendo las transferencias psicóticas que la paciente había expresado con anterioridad solo respondió "Se lo debía a usted misma desde hace mucho tiempo" (Little, M. 1995, p. 56), cómo validando que ya había vivido con él la aceptación.

Otro momento del análisis y del trabajo de la transferencia psicótica de la paciente y la contratransferencia del analista, fue el momento en donde Winnicott tramitó la internación de su paciente en hospital psiquiátrico, preocupándose de hablar con el jefe del psiquiátrico y preocupándose muchísimo. Al llegar al recinto, Winnicott tomó todas las precauciones y decidió darle instrucciones específicas a los funcionarios del hospital. Esta preocupación casi materna de Winnicott provocó que la paciente pudiera experimentar en su hospitalización la regresión a la dependencia total (Winnicott, D. 1963a) vivida con las enfermeras y médicos del recinto.

Al comienzo no fue fácil, sino que se regresionó a una posición esquizo-paranoide en la paciente, lo que la obligó a refugiarse durante el aislamiento total "en dos cosas que eran "objetos transicionales" (Little, 1950): un pañuelo que me había dado D. W. y una bufanda suave de lana azul que había comprado porque me había gustado" (Little, M. 1995, p. 60). Son estos objetos transicionales los que posibilitaron la transferencia desintegrada y psicótica de las alucinaciones, estas fueron presentadas por la paciente en su hospitalización al ceder a la dependencia total e integradora del cuidado que se le entregaba, es decir una experiencia de sostén y manutención total en esos momentos de su existencia por parte de los funcionarios de salud. Una de las pocas, pero muy relevantes interpretaciones que le entregó Winnicott a la paciente sobre su experiencia infantil, se sitúa cuando el análisis ya estaba llegando a su fin, y le dice las siguientes palabras: "Me dijo que el temor a la aniquilación que sentía, correspondía "a la aniquilación" que ya había ocurrido: había sido psíquicamente aniquilada, pero físicamente había sobrevivido, y en este momento estaba reviviendo mi experiencia pasada" (Little, M. 1995, p. 90). Esta interpretación sobre la problemática de la angustia psicótica produjo alivio en la paciente y fue una forma de simbolizar su proceso. Winnicott (1963b), se refería al miedo al derrumbe, una teorización acerca de las experiencias traumáticas infantiles (Winnicott, D. 1965a) como

pueden desintegrar al sujeto y dejarlo en la repetición de una angustia que no le permite vivir o experimentarse de manera más integrada.

La cura por medio del análisis de la transferencia delusional de la paciente, el actuar del analista y la aportación del trabajo con su contratransferencia, posibilitaron trabajar el dolor y la angustia, y la emergencia entonces de la creatividad y la salud en la paciente como forma de cura. Margaret Little señala todo esto diciendo: “él debía soportar la angustia, la culpa, el dolor y la pena, la inseguridad y la impotencia, él debía soportar lo insoportable” (Little, M. 1995, p. 63), siendo esta la condición para que el análisis fuera exitoso.

En términos más teóricos el problema de la transferencia delusional (Little, M. 2017), está situado en una diferenciación en la técnica psicoanalítica que tiene implicaciones clínicas, con ello para aclarar estos puntos quizás es necesario citar sus palabras:

“Para resolver la transferencia, el paciente tiene que ser capaz de unir su amor y su odio en una persona, encontrar los aspectos buenos y malos de su analista, de sus padres y de él mismo, como seres humanos y saber la diferencia entre la realidad imaginativa y la objetiva” (Little, M. 2017, p 138).

Así se abre un campo clínico nuevo en los aportes de Winnicott, donde se integra aquellos problemas psicopatológicos dependientes del narcisismo primario, por ello, estos elementos más que estar reprimidos se mantienen escindidos y son manifiestos de manera polimorfa a través de acting outs, violencia, agresiones al vínculo, o situaciones que sobrepasan la transferencia neurótica.

Margaret Little propone que dichas ansiedades o angustias no están conectadas a procesos represivos, por lo tanto la interpretación y la asociación libre como técnicas presentan dificultades ya que no son formas de poder acceder al contenido inconsciente que requiere el caso. De hecho propone que “los principales mecanismos defensivos en la producción y mantención de una transferencia delusional son la escisión, negación, aislamiento, proyección introyección y repetición” (Little, M. 2017, p. 138), por lo tanto las intervenciones psicoanalíticas clásicas más que conducir a la cura pueden ser iatrogénicas y provocar desintegración y angustia si no son utilizadas en momentos adecuados.

La problemática en términos de transferencia entonces es que estas ansiedades no transcurren en conflictos de deseo o de Edipo como los pacientes neuróticos, sino que son vividas explícitamente en la interrupción de la continuidad existencial. Es decir, que las ansiedades neuróticas son muy diferentes que las psicóticas, ya que estas últimas tienen relación con la supervivencia y no así con el deseo (Little, M. 2017). Así las conflictivas psicopatológicas de los pacientes con una transferencia delusional están articuladas en sus síntomas en la relación con el analista por medio del psique-soma, o por medio de la representaciones en la transferencia en donde la solicitud del analista no esté centrada en la neutralidad clásica del psicoanálisis, sino en la presencia y la muestra de sus propias capacidades yoicas para el manejo de sus conflictivas, por ello es que la contratransferencia y el manejo de la implicación del analista en estos casos es esencial.

Por lo tanto, la clínica delusional está orientada a que el analista pueda ocupar todo lo no integrado, para poder en la diada analítica experimentar una dependencia total (Winnicott, D. 1963a), por ello la capacidad del analista es esencial.

Para finalizar, resulta necesario mostrar como con agudeza Margaret Little describe a un analista como Winnicott, quien con total destreza y trabajo sobre sí mismo, pudo ocupar sus aspectos contratransferenciales en el éxito del análisis. En una bella declaración de lo que sentía en la transferencia refiere que:

“Él era totalmente consciente de su contratransferencia y pudo utilizarla en forma positiva: practicando un “sostén” y un cuidado hacia mí suficientemente confiable y en relación directa conmigo. Pudo descargar su odio objetivamente al

cobrarme, al tomarse vacaciones, y sobre todo, al internarme en el hospital. Él pudo responder psíquicamente en todos los niveles, incluyendo el del delirio mismo. Esto era representado en forma corporal cuando sostenía mis manos “como si fuera un cordón umbilical”, según mi propia descripción (de hecho, mi trabajo ““R”. The analyst’s total response to his patient’s needs” está basado en lo que aprendí de esta manera” [Little, M. 1995, p. 100]).

## Reflexiones y conclusiones

### - La interpretación como un obstáculo para la cura

La revisión del trabajo de Margaret Little muestra cómo se utilizan elementos de la técnica analítica por parte de analistas de diferentes orientaciones, y cómo la interpretación puede tener efectos contradictorios. Esto indica que, aunque la interpretación es importante en el proceso de cura, no se puede aplicar de manera rígida y sin tener en cuenta la individualidad del paciente. De hecho, una interpretación inadecuada o fuera de lugar puede tener efectos perjudiciales en el tratamiento y profundizar el sufrimiento. Esto ha sido observado en los análisis del Dr. X y Ella Freeman Sharpe, quienes, suponiendo una “neurosis leve”, han insistido en seguir la forma clásica de tratar la neurosis, lo que fue agravando los síntomas de la paciente y profundizando su sufrimiento.

### - La interpretación en la clínica, hacia una clínica del acto

En algunas circunstancias clínicas, técnicas como la asociación libre, la atención flotante y la interpretación pueden no ser efectivas y requerir enfoques “laterales” y previos al uso del marco analítico clásico. Esto es especialmente relevante cuando los pacientes aparentemente neuróticos establecen transferencias psicóticas/delusionales, lo que corresponde a lo descrito como “estado límite” por teóricos de diversas escuelas (inglesa, norteamericana y francesa). En estos casos, la ambivalencia en la transferencia se radicaliza y puede llegar a ser una escisión del yo del paciente, lo que es crítico para el tratamiento ya que las técnicas habituales para tratar a pacientes neuróticos pueden tener un efecto contrario y demostrar la ineficacia de la palabra como medio de la cura. Requiere que el clínico utilice enfoques diferentes al análisis clásico y repiense las condiciones del encuadre, incluyendo el tiempo, la frecuencia, lo que ocurre fuera de las sesiones, el uso del objeto “transicional” y la neutralidad del analista frente a las demandas del paciente, que no deben ser el objeto de deseo sino responder a una pregunta ontológica sobre la alteridad del analista. Estas técnicas diferenciales son cruciales para el proceso de la cura y a menudo involucran la repetición del trauma en la transferencia.

### - Sobre el cuerpo en la clínica

El cuerpo de Margaret Little siempre estuvo cargado de conflictos inconscientes escindidos por su angustia psicótica, y la integración de este en las intervenciones psicoanalíticas fue crucial para los procesos en los que la interpretación fue insuficiente. En muchas ocasiones, el cuerpo del analista (en este caso, Winnicott) fue la herramienta que permitió a Margaret Little sentirse sostenida. Un ejemplo notable de esto es el sostenimiento de la mano durante la angustia y el llanto desconsolado durante una sesión. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la integración del cuerpo y la corporalidad en la clínica no debe ser un acto ficticio o malintencionado, sino auténtico y dominado por la contratransferencia del analista, y utilizado en beneficio del paciente y su proceso. En el caso presentado, los fallos terapéuticos cometidos por el Dr. X al “tocar” a Margaret Little son el ejemplo más claro de cómo la integración de la corporalidad puede ser perversa y perturbar la escena de contención, en lugar de beneficiarla.

### - Otras maneras de la transferencia y la contratransferencia

En resumen, este texto se refiere a la teoría de la transferencia en el contexto de la psicosis, y sugiere que, a diferencia de lo que sostiene Freud, es posible pensar en la existencia de una transferencia psicótica. Según este enfoque, la transferencia en la psicosis toma la forma de una identificación total con el objeto de transferencia y se caracteriza por la escisión. El texto también señala que la pregunta sobre la transferencia delusional se centra en quién tiene enfrente el paciente, y que la respuesta del analista debe ser en aras de la continuidad existencial. Además, se sugiere que la contratransferencia es

esencial para disolver la sintomatología de este tipo de transferencia, y que la regresión a la dependencia total y el adecuado sostén y contención pueden ayudar al paciente a integrar tanto las pulsiones odiosas como amorosas en una sola persona y a procesar vivencias traumatizadas.

En resumen, este texto sostiene que el caso de Margaret Little ofrece la oportunidad de reconocer cómo la técnica y la teoría psicoanalítica se expande más allá de la clínica de la neurosis, y enfatiza la importancia de considerar aspectos como la contratransferencia, la transferencia delusional, el cuerpo y la relación con el otro en la práctica analítica. Se sugiere que el psicoanálisis debe replantearse y estar a la altura de las demandas de los pacientes, y se destaca la actualidad de esta obra en tiempos de pandemias y revoluciones.

#### Referencias:

- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras Completas de Sigmund Freud*, Tomo XII. Ed. Amorrortu, Bs. Aires.
- Ferenczi, S. (1984). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión (en *Psicoanálisis* [Tomo IV]). Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Hobsbawm, E. (2014). *Historia del Siglo XX. Historia del Mundo Contemporáneo*. D. F. México. Editorial Crítica.
- Limentani, A. (2004). El movimiento psicoanalítico durante la guerra (1939-1945) según los archivos de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Primer Congreso de la Asociación Internacional para la Historia del Psicoanálisis, realizado en París en mayo de 1987, y publicado en el primer número de la *Revue Internationale d'Histoire de la Psychanalyse*. Reproducido en *International Review of Psychoanalysis*, Vol. 16, No. 3, 1989, págs. 3-13. © del Institute of Psychoanalysis, London, UK, Traducido por Leandro Wolfson. Recuperado de: <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/10/Limentani.pdf>
- Little, M. (1995). *Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia psicótica y contención*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S. A.
- Little, M. (2017). *Transferencia neurótica & transferencia psicótica*. Santiago, Chile: Editorial Pólvora.
- Mandel, E. (1974). *Control obrero, consejos obreros, autogestión*. D. F. México. Ediciones Era S. A.
- Roudinesco, E. (2019). *Diccionario amoroso del Psicoanálisis*. Barcelona: España. Editorial DEBATE.
- Winnicott, D. (1947). El Odio En La Contratransferencia. En *Escritos De Pediatría Y Psicoanálisis*. Editorial Laia, Barcelona.
- Winnicott, D. (1960). Las distorsiones del yo en términos de self verdadero y falso. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 2011.
- Winnicott, D. (1962). La integración del yo en el desarrollo del niño. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1963a). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. En D. Winnicott, *Obras completas de D. Winnicott* (426-432). Psicolibro.
- Winnicott, D. (1963b). *Exploraciones Psicoanalíticas I: El miedo al derrumbe*. Editorial: Paidós.
- Winnicott, D. (1964). El concepto de falso self. En: *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- Winnicott, D. (1965a). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- Winnicott, D. (1965b). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1967). El concepto de individuo sano. En: *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- Winnicott, D. (2021). *Obras completas, Volumen I: Cartas a la familia, Escritos pediátricos, y la defensa maniaca (1911-1939)*. Santiago, Chile. Editorial Pólvora.

# ARTÍCULO

## NO EXISTE TAL COSA COMO UN PACIENTE DIFÍCIL

Matías Méndez

Psicólogo clínico de la Universidad Diego Portales. Magister en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile. Docente del "Postítulo en Psicoterapia Humanista Transpersonal" de la Universidad Diego Portales. Miembro de la Asociación de Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional de Chile.

E-mail: ps.matiasmendez@gmail.com / Instagram: @elhumanista\_relacional

### Resumen

"Paciente difícil" es una expresión ampliamente utilizada en nuestro ámbito profesional. Se trata de un término marcadamente polisémico, cuya ambigüedad conceptual responde al hecho de que éste no alude a una población o entidad clínica determinada, sino que expresa una experiencia subjetiva del terapeuta de cara a las complejidades y desafíos planteados en el tratamiento. Se propone una crítica al uso de esta etiqueta desde el punto de vista de la perspectiva intersubjetiva desarrollada por Robert Stolorow, George Atwood, Bernard Brandchaft y Donna Orange. Se interroga la asociación del concepto con la noción psicoanalítica de "reacción terapéutica negativa", vinculando la aparición de esta clase de impasse con lo que los autores denominan "conjunción" y "disyunción" intersubjetiva.

Palabras clave: Paciente Difícil, Impasse, Reacción Terapéutica Negativa, Intersubjetividad.

### Introducción

En nuestro ámbito profesional, la expresión "paciente difícil" suele operar como una especie de categoría diagnóstica alternativa, reservada para aquellos individuos cuyo tratamiento resulta particularmente complicado, complejo o desafiante para el terapeuta. Por lo general, este término se asocia a otras etiquetas diagnósticas del grupo de los trastornos de la personalidad (narcisista, limítrofe, etc.), aun cuando también puede utilizarse para referirse a personas que presentan otras problemáticas y condiciones de salud mental (Brandchaft y Stolorow, 2004; Gabbard y Crisp, 2018; Gabbard y Wilkinson, 2000). En el campo del psicoanálisis, este apelativo ha tendido a equipararse con el de "paciente intratable" o "inanalizable" (cf. Brandchaft y Stolorow, 2004), dando cuenta del grado en que el abordaje de estos pacientes representa un desafío particularmente complejo para nuestra disciplina.

Todos quienes nos dedicamos a este oficio nos hemos visto enfrentados a este tipo de pacientes. Por un lado, son personas que parecen empujarnos hasta el límite de nuestras capacidades, arrastrándonos a situaciones relacionales complejas que se sienten imposibles de sobrellevar o superar. En algunos casos, su presencia nos interpela de maneras que despiertan nuestras inseguridades más profundas, horadando nuestra habitual sensación de agencia y haciéndonos dudar de nuestros conocimientos y competencias profesionales. En otros casos, su conducta tanto dentro como fuera de sesión nos resulta tan molesta y frustrante que no podemos evitar sentir rabia, impaciencia e incluso desprecio por la persona. En el tratamiento, solemos encontrarnos con numerosos impasses terapéuticos, incluyendo situaciones donde el paciente reacciona en forma violenta a las intervenciones del profesional o bien largos periodos donde el proceso de terapia pareciera haber llegado a un "punto muerto". Asimismo, estos son pacientes cuya psicopatología tiende a empeorar pese a los esfuerzos invertidos por el profesional, un fenómeno que en la tradición psicoanalítica se ha asociado con lo que Freud y varios otros autores después de él han denominado "reacción terapéutica negativa" (cf. Brandchaft y Stolorow, 2004; Laplanche y Pontalis, 1996; Stolorow y Atwood, 2004).

Por otro lado, cuando trabajamos con estos pacientes no es raro sentir que perdemos, al menos temporalmente, nuestra capacidad para pensar con claridad. Nos sorprendemos sintiéndonos y comportándonos de maneras que nos parecen extrañas, inusuales y hasta éticamente cuestionables. En palabras de Gabbard y Wilkinson (2000), hay ocasiones en que pareciera que dejamos incluso de pensar nuestros propios pensamientos, como si nuestra mente fuese colonizada por un agente externo a

nosotros. Con algunos pacientes, podemos irritarnos hasta el punto de explotar violentamente. Otros nos evocan sentimientos de temor que, en ocasiones, pueden derivar en fantasías y conductas paranoides. En tales situaciones, podemos desear que no se presenten a la siguiente sesión o que abandonen el tratamiento y no vuelvan más. Acto seguido, podemos sentir culpa y reprocharnos amargamente por abrigar esta clase de pensamientos en nuestra mente –lo cual sólo contribuye a profundizar el malestar y la confusión que ya sentíamos.

Por regla general, estos son los casos que llevamos a nuestros espacios de supervisión, con la esperanza de hallar una salida a los impasses y dilemas que se plantean en el curso del tratamiento. Confiamos en que nuestra supervisora sabrá decirnos lo que debemos hacer para recuperar las riendas del proceso, o que al menos nos ayudará a recuperar la confianza y el aplomo que nos han sido arrebatados. Sin embargo, también puede ocurrir que evitemos exponer nuestras inquietudes por el miedo, la vergüenza o la culpa que podemos llegar a experimentar (Gabbard, 2004). La tormenta contratransferencial desatada por algunos de nuestros “pacientes difíciles” puede transferirse rápidamente a la relación supervisora, convirtiendo una instancia segura y familiar en una situación desconocida y aterradora.

Ahora bien, debemos tener en cuenta que el término “paciente difícil” dista de ser un concepto unívoco. No existe algo así como una única descripción consensuada que nos permita establecer con precisión que un paciente es, de hecho, “difícil”. Los tipos de experiencias y situaciones que pueden impulsar a un terapeuta a emplear esta etiqueta suelen ser sumamente variados (cf. Michels, 1977), lo cual determina que no contemos con una definición o un listado de criterios sancionados por nuestra comunidad profesional. Michels (1977) ha enumerado algunas de las acepciones más comunes: “gravemente enfermo”, “que requiere esfuerzo o trabajo”, “que causa perplejidad o que es difícil de entender”, “desagradable”, entre otras. No obstante, sabemos que hay pacientes “gravemente enfermos” que no resultan necesariamente “desagradables” para el terapeuta, así como también hay individuos “desagradables” que no podríamos decir que se encuentran “gravemente enfermos”. Del mismo modo, hay pacientes cuyo tratamiento nos demanda un gran esfuerzo, sin que necesariamente nos sintamos perplejos o “perdidos” al momento de dar cuenta de la naturaleza de sus problemas. En definitiva, se trata de un concepto marcadamente polisémico cuya delimitación conceptual tiende a eludirnos.

Esta ambigüedad se explica, al menos en parte, por el hecho de que el término no alude a una población o entidad clínica determinada, sino que expresa una experiencia subjetiva del terapeuta que se encuentra sujeta a las condiciones específicas de cada caso y a las características personales del profesional. A diferencia de otras expresiones que forman parte de nuestro lenguaje disciplinar, el apelativo “paciente difícil” resulta ser tan amplio e impreciso, y su uso tan idiosincrático, que acaba no siendo de mucha ayuda a la hora de determinar con exactitud en qué consisten los problemas y las dificultades que se presentan en el tratamiento. En el fondo, pareciera ser que el problema con esta expresión tiene que ver con que se trata de un juicio de valor, y no de un verdadero juicio clínico que dé cuenta del resultado de una evaluación rigurosa y sopesada de los hechos observados.

Diversos autores han escrito sobre el potencial estigmatizante del diagnóstico psicológico y psiquiátrico (Atwood, 2002; Egbe et al., 2014; Masson, 1991; Overton y Medina, 2008). Cuando una persona es diagnosticada con un trastorno mental, suele ocurrir que la etiqueta empleada pasa a formar una parte integral de su relato identitario, influyendo en la manera en que el individuo se representa a sí mismo y en cómo los otros –incluyendo a los profesionales que lo atienden- lo perciben y lo tratan (Masson, 1991; Overton y Medina, 2008). En nuestra cultura, los diagnósticos psiquiátricos tienden a asociarse con ideas estereotipadas y equívocas sobre la locura, la discapacidad mental y la maldad (Gabbard y Crisp, 2018; Masson, 1991). Tales prejuicios también pueden operar implícitamente en la evaluación que los psicoterapeutas hacemos de las personas que atendemos, tiñendo nuestra percepción acerca de su estado de salud, sus posibilidades de mejora y su pronóstico clínico (Overton y Medina, 2008).

Si bien no se trata de un verdadero diagnóstico psicológico o psiquiátrico, la etiqueta “paciente difícil” también encierra este mismo potencial iatrogénico. Cuando catalogamos a un paciente como “difícil”, lo que estamos haciendo es atribuirle una serie de características que condicionan la manera en que nos aproximamos tanto a la persona como a su tratamiento. En este contexto, Overton y Medina (2008) sostienen que “las actitudes de los profesionales de la salud mental hacia quienes tienen una enfermedad mental pueden perpetuar el estigma, así como crear nuevas barreras para recibir tratamiento” (p. 146).

Al menos en mi experiencia, el acto de identificar a un paciente como “difícil” puede acarrear estas mismas consecuencias. En la medida que el juicio clínico de un terapeuta se ve sesgado por estereotipos y preconcepciones no examinadas, factores como su nivel de motivación o su esperanza de cara al proceso pueden verse mermados, incidiendo negativamente en el éxito de la terapia. Ciertamente, cuando un terapeuta pierde la esperanza –en su paciente, en su propio trabajo, etc.-, el proceso terapéutico no puede más que resentirse y estancarse (Buechler, 2018, 2023).

### ¿De quién es la dificultad?

Cuando empleamos la etiqueta “paciente difícil”, lo que realmente estamos haciendo –querámoslo o no, seamos o no conscientes de ello- es identificar a la persona y su desajuste como la fuente principal de los problemas que enfrentamos en la consulta. Paralelamente, este mismo acto nos absuelve de cualquier clase de responsabilidad por los impasses, puntos muertos o conflictos que puedan presentarse en el tratamiento. Desde este punto de vista, se da por hecho que la “dificultad” reside fundamentalmente en la persona, tal como si se tratase de uno de los rasgos que componen su personalidad. En definitiva, si el paciente “es difícil”, de ello se concluye que el problema es suyo y no nuestro.

Esta visión expresa un claro sesgo unipersonal que tiende a omitir el papel desempeñado por el propio terapeuta en la organización de la experiencia y la conducta del paciente, en el desarrollo de la relación terapéutica y en la estructuración de los estancamientos y problemas que inevitablemente ocurren en la interacción (Safran y Muran, 2013). La situación terapéutica se configura a partir de un intercambio continuado entre al menos dos personas –terapeuta y paciente-, donde ambas contribuyen a la organización de los patrones relacionales y los eventos que dan vida a su vínculo (Aron, 2013; Mitchell, 2015; Sassenfeld, 2012, 2020). Todo acontecimiento en el marco de una psicoterapia es el resultado de –o al menos se encuentra mediado por- un complejo proceso interpersonal que involucra y compromete a ambos participantes. Sobre esta base, suponer que un impasse es la creación individual de solo uno de los miembros de la díada terapéutica equivale a disociar una parte importante de los hechos, lo cual limita seriamente nuestro acceso a una verdadera comprensión acerca de los fenómenos y dinámicas implicados en la creación del impasse. Muy en el fondo, tal como dice nuestro antiguo refrán: “¿De quién es la culpa, del chancho o del que le da el afrecho?”.

El psicoanálisis relacional e intersubjetivo nos ha provisto de una serie de herramientas conceptuales que nos ayudan a iluminar los complejos vaivenes del vínculo terapéutico, adoptando para tal efecto una perspectiva bipersonal que incorpora, en lugar de excluir, el aporte realizado por el psicoterapeuta a la emergencia de las dificultades del proceso de terapia (cf. Safran y Muran, 2013). De acuerdo con la perspectiva relacional contemporánea, terapeuta y paciente participan de un “encuentro de mentes” (Aron, 2013) que deriva en la creación de un espacio intersubjetivo compartido dentro del cual la influencia interpersonal corre en ambas direcciones simultáneamente. En el encuentro terapéutico, cada interlocutor afecta la experiencia y la conducta de su contraparte “en un espiral de impacto recíproco” (Ehrenberg, 2016, p. 63) que se despliega tanto en un registro consciente como en un plano implícito o inconsciente (Aron, 2013; Coderch, 2010; Sassenfeld, 2010). En palabras de Coderch (2010), este intercambio engendra una “psicología de dos personas, que existe a la vez que la psicología de cada una de ellas” (p. 87), una “tercera mente” que interactúa dialécticamente con y que por tanto condiciona la experiencia subjetiva de cada miembro de la díada (Ogden, 1994). En este sentido, tanto la mutualidad como la reciprocidad del intercambio determinan que la responsabilidad por lo que pueda ocurrir en la situación terapéutica sea siempre compartida, aun cuando los aportes de uno y otro participante sean diferentes tanto por su naturaleza como por su peso relativo en la estructuración de un impasse.

Desde un punto de vista unipersonal, entonces, la “dificultad” es concebida como una característica del paciente, un atributo de su persona que la lleva a oponerse (resistirse) al avance de la cura. En cambio, desde una perspectiva bipersonal, lo que llamamos “dificultad” consiste en una experiencia subjetiva –generalmente del terapeuta-, enlazada con una valoración de la misma, cuyo origen se encuentra atado a las pautas de interacción –explícitas e implícitas- que se actualizan en el encuentro terapéutico. Por lo tanto, desde el enfoque relacional e intersubjetivo, la “dificultad” nunca reside solamente en el paciente, sino que surge como una experiencia –en ocasiones compartida- que resulta del enlace y las complejas transacciones

intersubjetivas que se van trenzando entre los mundos de experiencia de ambos interlocutores a medida que el tratamiento se desarrolla. En otras palabras, nunca es el paciente, sino la relación particular que se despliega entre éste y su terapeuta la que cabría calificar como “difícil”. Esto significa, para decirlo una vez más, que el terapeuta también participa en la creación de las “dificultades” en el proceso, generalmente sin percatarse del alcance y la prevalencia de su propia contribución (Brandchaft y Stolorow, 2004; Stolorow y Atwood, 2004).

### Cuando el terapeuta dificulta la terapia

Paul Russel (1998) escribe que “la fuente más importante de resistencia en el tratamiento es la resistencia del terapeuta hacia lo que siente el paciente” (p. 19), pues “por mucho que queramos estar presentes y sentir el dolor de nuestros pacientes, naturalmente también tenemos miedo de esa misma experiencia” (Maroda, 2010, p. 5). Robert Grossmark (2018) plantea que la intensidad o incluso la extravagancia de los síntomas y experiencias que expresa el paciente en sesión pueden impulsar al terapeuta a aplacar dicha expresión, resultando en una pérdida de sintonía que entorpece el avance del proceso de terapia. En este contexto, el autor nos recuerda que “la verdadera sanación a menudo implica adentrarnos más en los mundos de sufrimiento y locura privada de nuestros pacientes en lugar de trabajar para sacarlos de estos estados” (p. 55, cursivas en el original). Yalom (2009) sustenta una idea similar:

“Como llorar por lo general significa entrar en recámaras más profundas de emoción, la tarea del terapeuta no es ser cortés y ayudar al paciente a dejar de llorar. Todo lo contrario: tal vez hasta desee alentarlos a hundirse aún más profundo” (p. 164).

Grossmark (2018) sostiene que los psicoterapeutas solemos obstruir el natural despliegue de la experiencia subjetiva de nuestros pacientes cuando la forma en que ésta se expresa nos resulta altamente disonante o extraña. Aquellos pacientes que llamamos “difíciles” muchas veces exhiben conductas inusuales que, así como pueden sorprendernos y fascinarnos, también pueden resultarnos incomprensibles e incluso odiosas. Nuestras reacciones espontáneas frente a estas conductas pueden variar en función de numerosas variables –nuestra experiencia con pacientes similares, nuestro estado de ánimo en el momento, nuestros valores y creencias, etc.-, pero siempre existe el riesgo de que lo que vemos o vivimos en sesión gatille una respuesta en nosotros que derive en un desacoplamiento con el estado mental actual de la persona. Esta clase de desacople o “disyunción intersubjetiva” (Brandchaft, Doctors y Sorter, 2010; Stolorow y Atwood, 2004) puede fácilmente generar un quiebre en la alianza terapéutica, comprometiendo el éxito del tratamiento (Safran y Muran, 2013).

El concepto de “disyunción intersubjetiva” expresa una de las principales fuentes de las dificultades que aparecen en todo tratamiento psicoterapéutico. Ávila et al. (2002) explican que la disyunción ocurre cuando los principios organizadores del terapeuta -esto es, las convicciones emocionales y relacionales conforme a las cuales el terapeuta tiende a organizar su comprensión sobre sí mismo, sobre la realidad y sobre sus vínculos con otros (Orange, Atwood y Stolorow, 2012)- no le permiten captar el significado de la experiencia subjetiva expresada por el paciente, lo cual produce una falla empática que afecta el curso de la exploración y el desenvolvimiento del intercambio terapéutico (Brandchaft, Doctors & Sorter, 2010). En tales situaciones, el paciente puede percibir -muchas veces inconscientemente- la pérdida del vínculo empático, respondiendo bien sea tomando distancia de o confrontando directamente al terapeuta (Safran y Muran, 2013). En estos casos, el tratamiento puede estancarse durante largos periodos de tiempo, llegando a “puntos muertos” que tensionan y ralentizan el avance del proceso terapéutico. También puede ocurrir que la sintomatología del paciente se intensifique hasta el punto de volverse insostenible tanto para el paciente como para el terapeuta que lo atiende (Brandchaft y Stolorow, 2004; Stolorow y Atwood, 2004).

Brandchaft (Brandchaft, Doctors y Sorter, 2010) escribe que una disyunción ocurre “cuando el analista asimila el material expresado por el paciente en configuraciones que distorsionan significativamente su verdadero significado subjetivo para el paciente” (p. 33). En tales casos, los mundos de experiencia de paciente y terapeuta colisionan y se desacoplan, generando una ruptura en el vínculo empático. En la medida que el terapeuta no logra aprehender el sentido que la experiencia expresada

porta para la persona, sus intervenciones tenderán a estar profundamente desintonizadas, redundando en la creación de un impasse. En este contexto, Stolorow y Atwood (2004) sostienen que:

“Las interferencias en el tratamiento que aparecen como consecuencia de unas disyunciones intersubjetivas prolongadas y no reconocidas son especialmente dañinas. [...] La persistencia de tales disyunciones, en las que la empatía es sistemáticamente reemplazada por una mala comprensión, intensifica y exagera invariablemente el sufrimiento del paciente y su psicopatología manifiesta” (p. 174).

En otras palabras, la ocurrencia y persistencia de este tipo de disyunciones crean las condiciones perfectas para que el “paciente difícil” aparezca. Ciertamente, esta clase de situaciones resultan inevitables en la medida que las subjetividades de cada miembro de la diada terapéutica se organizan de manera diferente (Ávila et al., 2002; Brandchaft, Doctors y Sorter, 2010). Un acople perfecto y permanente no es más que una quimera, un ideal imposible de alcanzar. Es más, desde la perspectiva intersubjetiva de Stolorow, Atwood, Brandchaft y Orange, las disyunciones también pueden resultar en un aporte para el avance del proceso analítico, dependiendo del grado en que el terapeuta sea capaz de volverse consciente de la disyunción en curso y reparar el lazo empático perdido. En este sentido, según sostiene Brandchaft (Brandchaft, Doctors y Sorter, 2010), lo que marca la diferencia entre una disyunción que descarrilla el proceso y una que lo favorece tiene que ver con la capacidad reflexiva del terapeuta y su disposición a reconectar con el mundo interno del paciente:

“Que estas situaciones intersubjetivas conflictivas faciliten u obstaculicen el progreso del análisis depende en gran medida del grado de autoconciencia reflexiva del analista y de su capacidad para descentrarse (Piaget, 1970) de los principios organizadores de su propio mundo subjetivo y, de esta manera, comprender empáticamente (y explorar) el significado real de las experiencias del paciente” (p. 33).

Stolorow y Atwood (2004) identifican otro tipo de impasse intersubjetivo caracterizado ya no por la “disyunción” de los mundos de experiencia de paciente y terapeuta, sino por su “conjunción”. En los casos de “conjunción intersubjetiva”, “las experiencias del paciente dan lugar a expresiones que son muy parecidas a las configuraciones centrales de la vida psicológica del terapeuta” (p. 171). En otras palabras, la manera en que el paciente organiza e interpreta su experiencia sobre el mundo, sí mismo y sus relaciones con los otros encuentra un paralelo en los principios organizadores centrales del terapeuta, de tal suerte que las vivencias y los significados asociados a éstas de cada miembro de la diada se reflejan mutuamente, trabándose en una relación de correspondencia que tiende a derivar en una interpretación unívoca y concordante sobre los hechos discutidos en la terapia. En lugar de reforzar el vínculo empático y ampliar el ámbito de la indagación terapéutica a través de la inclusión de perspectivas alternativas sobre los hechos (Buirski, 2005), esta clase de situaciones limitan el alcance de la exploración al generarse una especie de “colusión” intersubjetiva entre los mundos experienciales de ambos interlocutores. En tales situaciones, “la posibilidad de aclarar los significados y orígenes del material [...] es reemplazada por una colusión involuntaria que [limita] la consecución de un buen autoconocimiento por parte del paciente (y también del terapeuta)” (Stolorow y Atwood, 2004, p. 174).

En presencia de esta clase de conjunciones intersubjetivas, amplias áreas de la experiencia del paciente pueden permanecer al margen de la indagación terapéutica, dejando crónicamente desatendidos aspectos clave del funcionamiento psicológico de la persona. Este hecho suele derivar en un estancamiento del proceso toda vez que los principios organizadores o modelos internos centrales del paciente se mantienen intactos, ajenos al proceso de reflexión analítica. En estos casos, son los propios principios organizadores del terapeuta los que obstaculizan el avance de la terapia al limitar el acceso analítico a ciertos ámbitos de la experiencia del paciente que resultan conflictivos en el marco de su propia subjetividad (del terapeuta). En este sentido, la “dificultad” que se expresa en la aparición de este tipo de “puntos muertos” proviene ya no sólo del paciente, sino del modo en que las subjetividades del terapeuta y el paciente se imbrican en un proceso defensivo compartido. De este modo, “en caso de que no haya una buena autoconciencia reflexiva por parte del terapeuta, tanto las conjunciones como las disyunciones pueden impedir seriamente el progreso de la terapia” (Stolorow y Atwood, 2004, p. 172).

Ehrenberg (2016) se ha referido a esta clase de fenómenos intersubjetivos y a las dificultades que pueden acarrear para el proceso de terapia. En línea con los planteamientos del grupo de Stolorow, la autora describe episodios donde terapeuta y paciente se “coluden” inconscientemente para mantener a raya elementos conflictivos de sus respectivas subjetividades. En estas situaciones:

“Incluso cuando el diálogo explícito es válido por sí mismo, puede servir como una defensa ante el enfrentamiento con otros asuntos o aspectos de la experiencia que puedan ser más amenazantes para uno o ambos participantes, y por tanto reflejar una actuación conspirativa a otro nivel” (p. 42).

Según explica Ehrenberg (2016), estos episodios pueden adoptar diferentes formas. Por un lado, pueden presentarse momentos de intensa confrontación entre el terapeuta y su paciente, donde uno y otro sienten que su contraparte los percibe y los trata injustamente –situaciones muy similares a lo que Jessica Benjamin (2004) ha descrito como “interacciones complementarias”. Por otro lado, pueden darse largos periodos en el tratamiento en que la relación parece fluir sin mayores contratiempos, pero sin que se perciban verdaderos avances en el proceso terapéutico. En ambos casos, Ehrenberg (2016) percibe la ocurrencia de enactments conspirativos, donde las necesidades emocionales de ambos participantes se entrelazan generando impasses de diversa intensidad. Así, por ejemplo, aun en aquellos momentos donde el paciente parece recibir las interpretaciones e intervenciones del terapeuta sin oponer resistencia alguna, “puede darse el caso de que lo que está siendo puesto en escena es una forma de capitulación, sumisión, conformismo o una necesidad de creer en o idealizar lo que dice el otro” (p. 41). Del lado del terapeuta, este tipo de enactment bien puede reflejar la puesta en acto de sus propias vulnerabilidades y necesidades narcisistas: el propio terapeuta puede promover su idealización con el fin de ser percibido por el paciente (y por él mismo) como un “buen objeto”.

### Reacción terapéutica negativa

El término “reacción terapéutica negativa” tiene una larga historia en el seno de la tradición psicoanalítica (cf. Laplanche y Pontalis, 1996). Este concepto “fue creado por los analistas para explicar aquellas inquietantes situaciones en las que las interpretaciones que presumiblemente eran correctas empeoraban a los pacientes en lugar de producir mejora” (Stolorow y Atwood, 2004, p. 174). Laplanche y Pontalis (1996) plantean que se trata de “un tipo de resistencia a la curación singularmente difícil de vencer: cada vez que cabría esperar una mejoría, tiene lugar una agravación, como si ciertos individuos prefirieran el sufrimiento a la curación” (p. 350, cursivas agregadas). En este sentido, se trataría de un fenómeno que da cuenta de la tenacidad de las resistencias psicológicas de ciertos pacientes y de la gravedad y el alcance de su psicopatología.

La corriente principal del psicoanálisis ha tendido a visualizar esta clase de reacciones como fenómenos cuyas causas deben buscarse en el paciente, desatendiendo a la contribución específica que el propio terapeuta muchas veces realiza al surgimiento del impasse (Brandchaft y Stolorow, 2004; de Masi, 2015; Stolorow y Atwood, 2004): “Tradicionalmente, la resistencia a mejorar, el impasse analítico, se pensaba que provenía de las dificultades propias del paciente. Freud mismo creía que el paciente boicoteaba cualquier oportunidad de recuperación por temor a perder las ganancias secundarias involucradas en su enfermedad” (de Masi, 2015, p. 4). Esta forma de entender las resistencias, los impasses y las así llamadas “reacciones terapéuticas negativas” es un reflejo de la perspectiva unipersonal que ha prevalecido en la tradición freudiana –una posición que, como vimos, ha sido cuestionada por los proponentes de la perspectiva relacional e intersubjetiva contemporánea (Aron, 2013; Coderch, 2010; Safran y Muran, 2013).

Desde una perspectiva bipersonal, lo que llamamos “reacción terapéutica negativa” es comprendido como un evento emergente de la matriz relacional conformada por la interacción de las subjetividades diferentemente organizadas del terapeuta y su paciente (Brandchaft y Stolorow, 2004; Safran y Muran, 2013). En este sentido, no se trata de una reacción que se deriva solamente de la psicopatología del paciente, sino que constituye un evento relacional en cuya creación el terapeuta participa en forma activa (Brandchaft y Stolorow, 2004; de Masi, 2015; Stolorow y Atwood, 2004). Desde esta visión, cuando el paciente empeora, se resiste, o reacciona violentamente –esto es, “se vuelve difícil”-, ello generalmente responde al grado en que el

terapeuta no ha logrado sintonizar suficientemente con las necesidades psicológicas expresadas por el paciente (de Masi, 2015; Stolorow y Atwood, 2004). Stolorow y Atwood (2004) vinculan esta clase de respuestas con la presencia de disyunciones intersubjetivas en la díada:

“En nuestra experiencia, aquellas exacerbaciones y atrincheramientos de la psicopatología de los pacientes que son lo bastante severas como para ser denominadas ‘reacciones terapéuticas negativas’ están, la mayor parte de las veces, producidas por prolongadas y no reconocidas disyunciones intersubjetivas en las que las necesidades emocionales del paciente son sistemáticamente malentendidas y por lo tanto desconsideradamente rechazadas por el terapeuta” (p. 175).

Esta pérdida de sintonía tiende a ser experimentada por la persona como un signo de abandono, rechazo o desconfirmación que reedita en la transferencia antiguas configuraciones relacionales dañinas o (micro)traumáticas –generalmente con sus primeros objetos (Brandchaft y Stolorow, 2004). Desde el punto de vista de la teoría intersubjetiva, los principios organizadores centrales del paciente que subyacen y sustentan su psicopatología suelen provenir de experiencias relacionales repetitivas, en las cuales sus necesidades de desarrollo no han sido atendidas ni respondidas en forma óptima por sus primeros cuidadores (Atwood y Stolorow, 2014; Orange, Atwood y Stolorow, 2012). Estas pautas vinculares repetitivas imprimen en el infante una serie de “convicciones emocionales” (Orange, Atwood y Stolorow, 2012) que seguirán operando invariablemente en la adultez como “plantillas” conforme a las cuales se asimilarán sus nuevas experiencias relacionales –incluyendo su relación con el terapeuta. En presencia de una disyunción intersubjetiva, el paciente tenderá a tematizar el intercambio recurriendo a las pautas internalizadas en su infancia, percibiendo al terapeuta como un objeto que, en la medida que no sintoniza con su experiencia, abandona, rechaza o desconfirma.

Sobre este trasfondo, de Masi (2015) escribe:

“Aunque pueda derivarse de un problema especialmente complejo en el analizante, actualmente se considera que el estancamiento en el progreso terapéutico es principalmente *de naturaleza iatrógena, debido a la incapacidad parcial del analista para proporcionar respuestas adecuadas a las solicitudes de evolución del paciente*” (p. 4, cursivas agregadas).

Por lo general, estos quiebres en el vínculo empático con el paciente se derivan de reacciones espontáneas e inconscientes del terapeuta en el marco de su interacción con quien consulta y de sus propios principios organizadores centrales (Stolorow y Atwood, 2004). En forma inevitable, ciertas experiencias o conductas del paciente harán diana en ámbitos de la experiencia del profesional que lo conducirán a responder de manera desintonizada. Sobre este trasfondo, las “reacciones negativas” del paciente deben ser entendidas como respuestas comprensibles frente a la ruptura del vínculo, motivada en gran medida por las reacciones contratransferenciales espontáneas del terapeuta. Debemos tener en cuenta que “lo que percibimos en el paciente en determinados momentos puede ser una reacción a aspectos de nuestra propia participación de las que no somos conscientes” (Ehrenberg, 2016, p. 47), lo cual determina la importancia de prestar una atención continuada a la manera en que sentimos, respondemos y actuamos con nuestros pacientes y al impacto que ello tiene sobre quien tenemos enfrente.

Brandchaft y Stolorow (2004) aluden a los sentimientos de frustración e impotencia que pueden surgir en la experiencia del terapeuta de cara a estas situaciones. A pesar de los esfuerzos invertidos en el tratamiento, el paciente parece rehusarse a mejorar y se aferra a viejas pautas conductuales y emocionales que interrumpen el avance del proceso de terapia. En estos casos, suele ocurrir que terapeuta y paciente quedan atrapados en un impasse por disyunción intersubjetiva que, por lo general, desencadena una escalada complementaria de la cual resulta muy difícil zafarse. El malestar del terapeuta contribuye a robustecer y perpetuar la disyunción en curso, lo cual sólo profundiza el sufrimiento del paciente, reforzando su defensividad. En medio de este impasse, el profesional puede sentir que su propia auto-percepción como un terapeuta competente se ve seriamente comprometida, poniendo en duda sus conocimientos o su habilidad para ayudar a la persona que consulta. En este contexto, si el terapeuta es incapaz de descentrarse de sus propios principios organizadores para restituir la conexión empática perdida, éste tenderá atribuir la responsabilidad por el impasse al paciente y su psicopatología –salvaguardando así su propio bienestar emocional (Brandchaft y Stolorow, 2004):

“Los terapeutas tienden a experimentar tales impases de acuerdo con sus propios principios organizadores arcaicos, que dictan que *alguien debe ser culpable*. Se abren dos caminos. Si el terapeuta elige uno, entonces él es el culpable, y su propio sentido de sí mismo como terapeuta confiable y bueno puede verse gravemente socavado, dando lugar a un ciclo experiencial de negatividad creciente y depresión. Sin embargo, nada puede restaurar de manera más inmediata y fiable el deterioro del sentido de sí mismo de un terapeuta en tales situaciones que cerrar ese camino y abrir ampliamente la alternativa, diagnosticar la patología intratable que se presume reside dentro del paciente, *con el fin de reforzar y reificar la percepción de lo inherentemente difícil que es el paciente*” (p. 94, cursivas agregadas).

Una vez más nos encontramos con la participación de los principios organizadores del terapeuta y la puesta en acto de sus propias estrategias de adaptación y supervivencia psicológica como factores que contribuyen a la estructuración del impasse. Estos elementos confabulan para resguardar al terapeuta en detrimento del paciente y su bienestar. En la medida que la “reacción terapéutica negativa” es asimilada por los principios organizadores centrales del terapeuta, en conjunción con una matriz interpretativa unipersonal, la responsabilidad del impasse acaba siendo atribuida (proyectada) al paciente, preservando la integridad emocional y la sensación de agencia y competencia profesional del clínico. Es en este contexto que la etiqueta “paciente difícil” puede irrumpir en la conciencia del terapeuta, instalándose como una herramienta pseudo-diagnóstica que, al tiempo que protege al terapeuta de la depresión, la ansiedad, la vergüenza y la culpa, descuida, daña e invisibiliza al paciente.

### El caso de Braulio.<sup>1</sup>

Braulio, un joven de 25 años, me contacta buscando iniciar un proceso de terapia debido a lo que refiere como una incapacidad para concluir sus estudios universitarios. Habiendo cursado con éxito todas las asignaturas requeridas para completar su carrera de pregrado, se siente paralizado ante la perspectiva de escribir su tesis y conseguir su título profesional. Durante las primeras entrevistas, Braulio describe ciclos inacabables de procrastinación que le impiden avanzar en su trabajo, acompañados de continuos sentimientos de ansiedad, frustración, aislamiento y soledad. Asimismo, alude a una implacable tendencia al auto-reproche que lo atormenta durante el día y lo mantiene despierto durante la noche. A dos meses de haber iniciado sus fallidos intentos por redactar la introducción de su tesis, el paciente decide buscar ayuda motivado por su hermano mayor.

Braulio creció en un hogar donde el esfuerzo, el éxito y los logros personales representaban un aspecto fundamental de la identidad familiar. Hijo de una madre y de un padre que lograron amasar una importante fortuna a través de su trabajo en una empresa familiar, su infancia y adolescencia estuvieron marcadas por el peso de las expectativas académicas que sus progenitores proyectaban sobre sus tres hijos. Al momento de consultar, sus dos hermanos mayores habían completado exitosamente sus estudios universitarios y se desempeñaban con holgura en sus respectivos campos profesionales, destacando por sus logros laborales y económicos. El paciente no podía evitar sentirse ajeno a esta dinámica, percibiéndose a sí mismo como una especie de paria, un extranjero en su propio núcleo familiar.

El paciente refiere mantener una buena relación con sus hermanos y con sus respectivas parejas. Los describe como personas amorosas y preocupadas, siempre dispuestas a brindarle su apoyo y contención en momentos difíciles. Su padre es representado en su relato como un hombre “trabajólico y ocupado” cuya permanencia en el hogar suele limitarse a las noches y los fines de semana. En relación a su madre, Braulio comenta que “también trabaja mucho, pero menos que mi papá. De hecho, a ella no le gusta que mi papá le dedique tanto tiempo a la pega... dice que se siente ‘botada’”. Según refiere el paciente, ambos progenitores discuten frecuentemente por motivos asociados al trabajo, muchas veces gritando y, en contadas ocasiones, llegando incluso a la violencia física. Braulio percibe una profunda frustración en su madre, quien parece presentar una serie de síntomas depresivos y, desde hace un par de años, un consumo problemático de alcohol. En general, el paciente siente una mayor cercanía con su madre en comparación con su padre, cuya “adicción al trabajo” identifica como la principal causa del sufrimiento de su madre.

---

1- El material que se presenta a continuación se reproduce con el consentimiento del paciente. Nombres y otros datos han sido modificados con el fin de preservar el anonimato del paciente.

Durante los primeros cinco meses de tratamiento, el desarrollo de las sesiones con Braulio presentó una estructura que tendía a reproducir invariablemente el tormento cotidiano al que el paciente se veía sujeto a diario. Por regla general, los primeros 20 o 30 minutos se reducían a una larga letanía de quejas y reproches dirigidos hacia su persona, consistiendo en una cruel prolongación de los pensamientos compulsivos que lo habían abrumado durante las largas horas de insomnio la noche anterior. Una vez concluido este primer periodo, intentábamos enlazar estos pensamientos con elementos de su historia personal y familiar, tratando de identificar las fuentes biográficas y contextuales de su poderoso e implacable "crítico interno". Durante esta fase intermedia, Braulio se esforzaba visiblemente para cumplir con su parte del trabajo terapéutico. En muchas ocasiones, el paciente trajo consigo un pequeño block de notas donde compilaba algunos recuerdos y reflexiones que creía podían resultar útiles para nuestra empresa conjunta. Sin embargo, aun cuando muchas veces lográbamos arribar a conclusiones que parecían iluminar las fuentes de su malestar, Braulio tendía a permanecer impávido ante el "éxito" alcanzado, incapaz de extraer ningún tipo de placer o sensación de logro de estos importantes "logros" terapéuticos. Invariablemente, esta reacción por parte de Braulio generaba un profundo impacto en mi propia experiencia subjetiva, dando paso a sentimientos de frustración, impotencia e impaciencia que afectaban negativamente mi disposición hacia el paciente y su proceso. Finalmente, al concluir las sesiones, y motivado por estos mismos sentimientos, yo solía terminar nuestros encuentros adoptando una actitud optimista, alentando al paciente a seguir adelante e invitándolo a confiar en sus propias capacidades y virtudes y a redoblar sus esfuerzos tanto en el ámbito académico como en el psicoterapéutico. Como respuesta a estas intervenciones, Braulio parecía aislarse en sus pensamientos, adoptando una expresión facial neutra, distante, y permaneciendo en silencio hasta abandonar la sala de consulta. Al regresar a mi sillón para tomar algunas notas, recuerdo haber pensado en más de una ocasión: "¿qué diablos es lo que acaba de pasar?".

Los apuntes de Braulio aportaban material muy valioso para la exploración terapéutica. Apoyándonos en sus notas, fuimos gradualmente reconstruyendo una trama biográfica donde el paciente aparecía como un personaje secundario en lugar de ser el protagonista de su propia historia. Habiendo cosechado numerosos logros académicos y deportivos durante su paso por la enseñanza básica y media, Braulio gozaba del aprecio y la admiración de sus compañeros y profesores. Sus padres se mostraban orgullosos por sus éxitos, atiborrando los estantes y las paredes de su dormitorio con medallas, trofeos y diplomas de honor. No obstante, Braulio recordaba sentirse "extraño", "confundido" y "desorientado" cada vez que recibía un nuevo premio: en sus palabras, no podía evitar sentir como si el joven del diploma "no fuera realmente yo". Entre los 15 y los 18 años de edad, el paciente recordó haber desarrollado un trastorno del sueño caracterizado por episodios recurrentes de insomnio, sobre los cuales nunca informó a sus padres. Pasaba largas horas acostado en su cama, con la mirada fija en el techo y la mente en blanco, simplemente esperando a que llegara la mañana para levantarse, tomar desayuno y retomar su rutina escolar. Este tipo de episodios habían vuelto a ocurrir en diversos momentos de su etapa universitaria, particularmente al concluir un semestre particularmente exitoso.

Por otro lado, cuando intentaba recordar su infancia, Braulio no lograba recuperar más que recuerdos aislados, fragmentos discontinuos que, en un comienzo, no coagulaban en una narrativa coherente. Algunos de estos fragmentos referían a situaciones donde el pequeño Braulio escuchaba desde su dormitorio a sus padres discutir violentamente en el living de su casa. Al consultarle sobre lo que parecía motivar estas discusiones, Braulio las atribuye a problemas asociados a la administración de la empresa familiar. Tiempo después, el paciente recordó que, posterior a estas discusiones, su madre solía entrar al dormitorio de Braulio, cerrar la puerta y quedarse de pie mirando los trofeos de su hijo. Entonces, cuando el niño se acercaba a su madre, ésta le decía con lágrimas en los ojos: *"te quiero mucho"*, *"estoy muy orgullosa de ti"*, *"sigue siendo el niño bueno y responsable que siempre has sido"*, *"tú puedes lograr lo que te propongas"*.

En sesión, pudimos establecer una conexión entre estos episodios y su actual estado de ánimo. Braulio parecía haber incorporado tempranamente la convicción de que sus éxitos y sus logros eran la única fuente de felicidad y esperanza para su madre, una mujer profundamente insatisfecha con el curso que había tomado su vida y su relación de pareja. Las medallas,

los trofeos y los diplomas en su dormitorio desempeñaban una función de sostén emocional para su madre, lo único que parecía interponerse entre ella y un profundo estado de depresión. Los notables logros económicos y profesionales de mamá no bastaban por sí solos para sustentar su auto-estima; los logros de su hijo proveían un andamiaje adicional que la mantenía a flote en los momentos más difíciles. En este sentido, Braulio parece haber adoptado para sí el papel de “salvador” y “salvavidas”, dedicando su propia vida a salvaguardar la estabilidad emocional de su madre. Si lograba enorgullecer a mamá, ésta sobreviviría; si no lograba hacerlo, la perdería para siempre.

Esta interpretación sobre los hechos resultaba congruente para Braulio. Sesión tras sesión, el paciente se mostraba de acuerdo con las ideas que íbamos articulando a propósito de esta pauta y su conexión con su situación actual. Sin embargo, cada paso que dábamos en esta dirección fallaba a la hora de proveer al paciente aunque fuese un mínimo sentimiento de liberación; sesión tras sesión, Braulio mantenía su apatía y volvía a recaer en sus habituales auto-reproches. Su ansiedad y frustración aumentaban a medida que pasaban las semanas y no lograba avanzar en la redacción de su tesis. De igual modo, las noches en vela se volvían cada vez más frecuentes, drenando gradualmente la energía y la motivación del paciente. Paralelamente, mi propia frustración crecía en la medida que no percibía avance alguno en nuestro proceso: si seguíamos a este ritmo, Braulio nunca se graduaría de la universidad ni tampoco de la terapia. Evidentemente, mis intervenciones al final de las sesiones con Braulio representaban un intento desesperado por infundir en el paciente (y en el terapeuta) algún grado de vitalidad y de esperanza en el futuro de nuestro trabajo juntos.

### Lo difícil con Braulio

La viñeta presenta el caso de un “paciente difícil” cuyo proceso terapéutico no lograba “despegar” a pesar de los esfuerzos invertidos por ambas partes y los aparentes logros alcanzados en el ámbito de la exploración terapéutica. En el plano del contenido, nuestro intercambio parecía resultar sumamente provechoso y productivo. El paciente colaboraba activamente en el tratamiento, aportando material relevante y arribando a comprensiones profundas y significativas. Sin embargo, ocurría algo en la dimensión implícita del proceso que tendía a impedir cualquier avance en dirección a la consecución de una vida más plena para el paciente. Cada paso que dábamos en la indagación terapéutica era inmediatamente sucedido por un estado de apatía que más tarde derivaba en profundos sentimientos de ansiedad, culpa y aislamiento. Durante varios meses, yo sentía como si estuviéramos caminando en círculos o descendiendo por una paradójica espiral donde los “éxitos” se transformaban en “fracasos”. En este contexto, resultaba muy difícil no pensar en la presencia de una rígida estructura masoquista: o el paciente se resistía férreamente a mejorar o era yo quien no estaba haciendo bien mi trabajo.

Mirando hacia atrás, son varios los factores que parecen haber contribuido tanto a la estructuración como a la perpetuación de este dilatado impasse. Debemos tener en cuenta que Braulio es un joven cuyo mundo interno se encontraba -para ocupar la expresión de Brandchaft (2004)- “atrapado en una celda” de la cual le resultaba imposible escapar. Su experiencia y su sentido de sí mismo se forjaron en el seno de un sistema vincular donde su éxito y sus logros personales operaban como un medio a través del cual sostener el bienestar y asegurar la supervivencia psicológica de su madre. Como el mismo paciente recordó en sesión, sus éxitos nunca fueron realmente suyos... sus logros en la infancia y en la adolescencia eran para su madre, para mantener a flote a su principal figura de apego con el fin de preservar intacto este vínculo necesario para su propia supervivencia. En este sentido, los trofeos, medallas y diplomas que llenaban sus estantes nada decían de él y nada aportaban a consolidar un sentido de sí mismo como personaje principal de su propia historia.

Sobre esta base, resulta comprensible que los “logros” alcanzados en el contexto terapéutico no despertaran en el paciente ningún sentimiento de bienestar, alivio o liberación. En la medida que estos avances eran asimilados por sus propios principios organizadores centrales, ellos no le pertenecían en absoluto. Tal como le ocurría cada vez que recibía un nuevo diploma, cada vez que presenciábamos un avance en nuestra exploración conjunta Braulio ingresaba invariablemente en un estado de extrañeza y apatía. Esta experiencia, casi de despersonalización, le prevenía de sentir cualquier otra cosa que no fuese un

enorme vacío en su interior y un sentimiento de aislamiento y soledad que parecía extenderse hasta saturar el ambiente de la consulta. Una vez en casa, la apatía se trocaba por ansiedad y culpa, secundadas por una creciente sensación de fracaso.

Su respuesta contrastaba con mi propia experiencia: cada nuevo *insight* infundía en mí una renovada esperanza: “*¡tal vez ahora sí le damos el palo al gato!*”. Sin embargo, al observar la reacción de Braulio, la esperanza inicial se transformaba rápidamente en impotencia y desazón. Con paso del tiempo, la impotencia fue dando paso a la impaciencia, toda vez que parecía como si Braulio simplemente no quisiera avanzar. Recuerdo haber pensado en la tenacidad de su resistencia al cambio. También trataba de visualizar las posibles “ganancias secundarias” a las que el paciente parecía aferrarse mientras se oponía a cualquier conato de transformación. Incluso llegué a pensar que una parte de él deseaba decepcionarme y que de ello obtenía una secreta gratificación. A veces me sentía como Sísifo, condenado a empujar una enorme piedra ladera arriba para luego verla rodar colina abajo.

Muy probablemente, él podía leer en mi lenguaje no verbal la decepción que yo sentía de cara a su propia incapacidad para aquilatar un sentimiento que no fuera de apatía. De igual modo, me imagino que él era capaz de captar mi frustración y mi molestia a medida que éstas ganaban espacio en mi interior, sesión tras sesión. En tal caso, no es raro que el paciente respondiera replegándose hacia su propio mundo interno, buscando un refugio que le permitiera protegerse de la mirada juzgadora e impaciente de su terapeuta. Seguramente, la suspicacia que yo sentía respecto de los verdaderos motivos de su comportamiento en sesión contribuía a ampliar la brecha -la disyunción- que se interponía entre nosotros y cualquier genuino avance en la terapia.

Braulio y yo nos encontrábamos atrapados en un *enactment*. Nuestra interacción reproducía una antigua pauta que continuaba constriñendo la experiencia del paciente. Por un lado, en la transferencia, cada avance en la exploración terapéutica reeditaba una vieja escena: el niño que se esfuerza por enorgullecer a su madre, darle lo que él piensa que ella necesita, so pena de asistir a su eventual derrumbe. Por otro lado, cada avance en la elaboración terapéutica de su historia era asimilado por el paciente como un reconocimiento del cual él no era el verdadero dueño. Finalmente, la decepción y la molestia que acabaron instalándose en la contratransferencia representaban para el paciente la pérdida inminente de un vínculo sustentador al verificarse el derrumbe subjetivo de su terapeuta.

Mi propia manera de asimilar la experiencia de Braulio aportaba contundentemente a la cristalización de este *impasse* por disyunción. En mi mente, estábamos haciendo lo que se suponía que debíamos hacer, ¡y lo estábamos haciendo muy bien! La persistencia de su sintomatología me resultaba francamente incomprensible, a menos que se tratara del resultado de un rígido e implacable patrón defensivo o del producto de un sádico deseo de verme sufrir. Incapaz de descentrarme de mí mismo, no podía captar la siniestra trama que se estaba desarrollando entre líneas. Braulio se esforzaba fútilmente por obtener algo para sí de la terapia, algo que pudiera reconocer como propio, algo que le brindara una señal de quién era realmente él más allá de su enlace con su madre. Sin embargo, los avances alcanzados no podían ser asimilados de este modo, convirtiéndose, en su experiencia, en diplomas y trofeos para el terapeuta. Mi creciente frustración confirmaba una y otra vez para el paciente la dolorosa convicción de que de él dependía el mantener a flote a la madre, esta vez encarnada por el terapeuta. De algún modo, el trabajo terapéutico dejó de tratarse de Braulio y de sus propias necesidades de desarrollo psicológico y pasó a tratarse de mí y de mis propias necesidades narcisistas.

Sumado a lo anterior, mis propios intentos desesperados por restablecer la esperanza al final de las sesiones parecen haber sido ecos de las palabras de su madre: “*sigue siendo el niño bueno y responsable que siempre has sido*”, “*tú puedes lograr lo que te propongas*”. Estas expresiones de aliento, dirigidas al paciente, pero también a mí mismo, tan solo aportaban a acrecentar la soledad y la impotencia que Braulio sentía al concluir nuestros encuentros. Su silencio, en este sentido, era sumamente elocuente: habiendo escuchado una vez más el llamado de su madre, ahora era tiempo de regresar -como Sísifo- a su absurda faena interminable.

## Comentarios finales

El caso de Braulio da clara cuenta de la manera en que se organizan los *impasses* por disyunción intersubjetiva descritos por Stolorow y sus colegas (Brandchaft y Stolorow, 2004; Brandchaft, Doctors y Sorter, 2010; Stolorow y Atwood, 2004). Como ocurre con todo *enactment*, la pauta relacional que se instauró en nuestras sesiones consistió en una intrincada creación conjunta, donde su subjetividad y la mía se entrelazaron para dar paso a la reproducción de un patrón familiar nocivo cuyos efectos emocionales saltan a la vista. Mi propia incapacidad para captar el significado de la apatía del paciente generaba en éste los mismos sentimientos que yo mismo no lograba entender. Limitado por mis propios principios organizadores, era incapaz de aprehender el significado que para Braulio tenían los “logros” que, sesión tras sesión, cosechábamos producto de nuestro esfuerzo conjunto. Como suele ser el caso, la fuente de la “dificultad” del “paciente difícil” residía no sólo en la persona que consulta, sino también en la persona que le intentaba ayudar.

Los *impasses* que caracterizan el tratamiento de nuestros “pacientes difíciles” constituyen verdaderas oportunidades terapéuticas, las cuales pueden ser aprovechadas solamente en la medida que desarrollemos la capacidad para interrogar nuestras propias convicciones, expectativas y puntos de vista. Recordemos lo que Brandchaft nos decía acerca de la importancia de “descentrarse” de uno mismo, con el fin de restituir nuestra capacidad para sintonizar empáticamente con nuestros pacientes a medida que atravesamos una situación de *impasse*:

“Que estas situaciones intersubjetivas conflictivas faciliten u obstaculicen el progreso del análisis depende en gran medida del grado de autoconciencia reflexiva del analista y de su capacidad para descentrarse (Piaget, 1970) de los principios organizativos de su propio mundo subjetivo y, de esta manera, comprender empáticamente (y explorar) el significado real de las experiencias del paciente” (Brandchaft, Doctors y Sorter, 2010, p. 33).

En palabras de Brandchaft y Stolorow (2004):

“La capacidad del terapeuta para profundizar su autoconciencia reflexiva cuando se enfrenta a pacientes difíciles puede permitirle reconocer y descentrarse de patrones recurrentes en sí mismo que, en general, limitan su capacidad para comprender las experiencias de sus pacientes con él desde dentro de sus propios marcos de referencia subjetivos” (p. 93).

Stolorow y Atwood (2004) afirman que los *impasses* terapéuticos constituyen la “vía regia” a los principios organizadores centrales del paciente. Estas situaciones relacionales complejas tienden a reflejar la puesta en marcha de viejas pautas y modelos internos que condicionan la experiencia subjetiva y relacional presente del paciente (así como del propio terapeuta). Solamente en la medida que logramos hacernos conscientes de nuestra propia contribución a la estructuración del *impasse*, éste puede convertirse en un potente catalizador de cambios profundos no sólo en nuestros pacientes, sino también en nosotros mismos (Stolorow y Atwood, 2004).

En base a todo lo anterior, podemos afirmar que la “dificultad” que experimentamos al tratar a ciertos pacientes en la consulta nunca proviene solamente de la persona que tenemos enfrente. Esta “dificultad” surge como una propiedad emergente del campo intersubjetivo que se constela a partir del intercambio explícito e implícito que discurre entre las subjetividades diferentemente organizadas del terapeuta y su paciente. Desde el punto de vista de la teoría intersubjetiva avanzada por Stolorow y su equipo, los enfrentamientos y puntos muertos que se plantean en el tratamiento son generados por la disyunción o la conjunción de las subjetividades de ambos miembros de la díada, y no por la tenacidad de las resistencias o la gravedad de la psicopatología del paciente.

De igual modo, las así llamadas “reacciones terapéuticas negativas” suelen ser el resultado natural y comprensible de la falta de sintonía expresada por el terapeuta ante las necesidades emocionales del paciente. Cuando el terapeuta falla a la hora de proveer una conexión empática sostenida a su paciente, éste tenderá a replegarse y regresar a viejos patrones

defensivos con el fin de preservar la cohesión y la continuidad de su experiencia y salvaguardar su integridad ante el quiebre del vínculo empático. En cambio, como plantea de Masi (2015), “cuando el analista sintoniza con éxito con las comunicaciones del paciente, *que a menudo se refieren a las habilidades de escucha insuficientes del terapeuta*, el proceso analítico vuelve a despegar y se desarrolla aún más” (p. 4, cursivas agregadas). En definitiva, atendiendo a todo lo expuesto, sólo podemos concluir que, al fin y al cabo, no existe tal cosa como un paciente difícil.

#### Referencias:

- Aron, L. (2013). *Un encuentro de mentes: mutualidad en psicoanálisis*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Ávila, A., Bastos, A., Castelo, J. García-Valdecasas, S. Gasparino, A., Pinto, J.M., Rubí, M.L., Viada, A., Vivar, P., & Aburto, M. (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 2(4), 155-192.
- Atwood, G.E. (2002). *The abyss of madness*. Routledge.
- Atwood, G.E., & Stolorow, R.D. (2014). Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology and contextualism. Routledge.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: an intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.
- Brandchaft, B. (2004). To free the spirit from its cell. En R.D. Stolorow, G.E. Atwood & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 57-76). Jason Aronson.
- Brandchaft, B., Doctors, S., & Sorter, D. (2010). Toward an emancipatory psychoanalysis: Brandchaft's intersubjective vision. Routledge.
- Brandchaft, B., & Stolorow, R.D. (2004). The difficult patient. En R.D. Stolorow, G.E. Atwood & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 93-112). Jason Aronson.
- Buechler, S. (2018). Valores de la clínica: emociones que guían el tratamiento psicoanalítico. *Ágora Relacional*.
- Buechler, S. (2023). Sobre la esperanza, ahora. *Clínica e Investigación Relacional*, 17(1), 58-62.
- Buirski, P. (2005). *Practising intersubjectively*. Jason Aronson.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional: el modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Ágora Relacional.
- De Masi, F. (2015). *Working with difficult patients: from neurosis to psychosis*. Karnac.
- Egbe, C.O., Brooke-Sumner, C., Kathree, T., Selohilwe, O., Thornicroft, G., & Petersen, I. (2014). Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: perspectives from key stakeholders. *BMC Psychiatry*, 14, 191.
- Ehrenberg, D.B. (2016). *Al filo de la intimidad: extendiendo el alcance de la interacción psicoanalítica*. Ágora Relacional.
- Gabbard, G.O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G.O., & Crisp, H. (2018). Narcissism and its discontents: diagnostic dilemmas and treatment strategies with narcissistic patients. American Psychiatric Association.
- Gabbard, G.O., & Wilkinson, S.M. (2000). Management of countertransference with borderline patients. Jason Aronson.
- Grossmark, R. (2018). The unobtrusive relational analyst: explorations in psychoanalytic companionship. Routledge.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Maroda, K. J. (2010). *Psychodynamic techniques: working with emotion in the therapeutic relationship*. The Guilford Press.
- Masson, J.M. (1991). Juicio a la sicoterapia: la tiranía emocional y el mito de la sanación psicológica. Cuatro Vientos.
- Michels, R. (1977). The treatment of the difficult patient in psychotherapy. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 22, 117-121.
- Mitchell, S.A. (2015). Influencia y autonomía en psicoanálisis. *Ágora Relacional*.
- Ogden, T. (1994). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75(1), 3-9.
- Orange, D.M., Atwood, G.E., & Stolorow, R.D. (2012). *Trabajando intersubjetivamente: contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Ágora Relacional.
- Overton, S.L., & Medina, S.L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development*, 86, 143-151.
- Russel, P. (1998). The role of paradox in the repetition compulsion. En J.G. Teicholz & D. Kriegman (Eds.), *Trauma, repetition, and affect regulation: the work of Paul Russel* (pp. 1-22). Other Press.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2013). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Desclée de Brouwer.
- Sassenfeld, A. (2010). La dimensión no-verbal implícita en la psicoterapia de adultos. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 5. Recuperado desde: <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/La-dimension-no-verbal-implicita-en-la-psicoterapia-de-adultos.pdf>
- Sassenfeld, A. (2012). *Principios clínicos de la psicoterapia relacional*. SODEPSI.
- Sassenfeld, A. (2020). *La mente intersubjetiva: notas psicoanalíticas relacionales*. CeTeRe.
- Stolorow, R.D., & Atwood, G.E. (2004). *Los contextos del ser: las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Herder.
- Yalom, I.D. (2009). *The gift of therapy: an open letter to a new generation of therapists and their clients*. Harper Perennial.

# ARTÍCULO

## TEXTO Y ESCRITURA, ESCRITORES Y LECTORES

Pedro Rodríguez Carrasco

Psicólogo Clínico, Doctor en Filosofía. Director de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica Relacional Chile. Psicólogo educacional en Colegio Institución Teresiana.

Docente Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.

E-mail: prodriguez.pedro@gmail.com

*“En el tratamiento analítico no ocurre otra cosa que un intercambio de palabras entre el analizado y el médico. El paciente habla, cuenta sus vivencias pasadas y sus impresiones presentes, se queja, confiesa sus deseos y sus mociones afectivas. El médico escucha, procura dirigir las ilaciones de pensamiento del paciente, exhorta, empuja su atención en ciertas direcciones, le da esclarecimientos y observa las reacciones de comprensión o rechazo que de ese modo provoca en el enfermo. (...) duda de que «meras palabras puedan lograr algo con la enfermedad». (...) Las palabras fueron originariamente ensalmos, y la palabra conserva todavía hoy mucho de su antiguo poder ensalmador. Mediante palabras puede un hombre hacer dichoso a otro o empujarlo a la desesperación, mediante palabras el maestro transmite su saber a los discípulos, mediante palabras el orador arrebató a la asamblea y determina sus juicios y sus resoluciones. Palabras despiertan sentimientos y son el medio universal con que los hombres se influyen unos a otros. Por eso, no despreciemos el empleo de las palabras en la psicoterapia y démonos por satisfechos si podemos ser oyentes de las palabras que se intercambian entre el analista y su paciente”.*

(Freud, S. (1916/1991). Obras completas. Tomo XV. Lecciones introductorias al psicoanálisis: Los actos fallidos. Buenos Aires: Amorrortu Editores, pp. 14–15).

Esta extensa cita inicial no se refiere a un texto escrito, sino a la palabra hablada. Con todo, nos da el marco relacional que buscamos observar en el texto. Es la palabra hecha voz y sonido, escuchada, como ilación del pensamiento, ensalmos e influencia de uno sobre otro. Apunta al intercambio entre analista y paciente que, antes de ser texto, es encuentro de relación. Desde este “intercambio” relacional, pasamos a observar el texto propiamente tal.

No poca gente escribe textos de modo cotidiano, sobre todo a propósito de su trabajo. Desde alumnos y estudiantes, profesionales y expertos, hasta narradores y poetas, todos ponen por escrito, con cierta naturalidad, aunque no sin esfuerzo, textos que permanecen disponibles y perduran. Dado que escribir un texto es más que una habilidad gramatical, haremos el intento de reflexionar en torno a algunas preguntas tanto desde la filosofía y la hermenéutica, como desde el psicoanálisis relacional. Es en buena medida inevitable que para pensar este fenómeno, en nada homogéneo, haya que ampliar el foco y recurrir a textos de una envergadura superior que alimentan el acervo literario universal, así como a textos de mediana envergadura como podría ser una publicación periodística coyuntural, hasta textos en apariencia volátiles como lo pueden ser aquellos que se digitan en una aplicación de un teléfono celular. Pensar el texto para llevarlo al acto de escribir no es un simple ejercicio de pirueta intelectual. La “representación palabra”, como gustaba referir Sigmund Freud (1984), nos pone en el ámbito del lenguaje y su universo simbólico. Escribir se convierte en una instancia crucial no solo del pensar en términos de la elaboración conceptual teórica y poética, sino del pensar psíquico del mundo inconsciente, relacional e intersubjetivo.

En específico, en la médula del trabajo del profesional de la salud mental se recurre cotidianamente a la escritura de textos. Sea que se tomen apuntes de lo que otro habla en la intimidad del encuadre terapéutico y su confidencialidad, sea en la elaboración de informes de psicodiagnóstico y, eventualmente, en artículos o comunicaciones para congresos o publicaciones. También ocurre en otros espacios laborales, cuando se redacta una comunicación a los equipos profesionales de una empresa, o a los padres y madres de una comunidad escolar, o a los miembros de un determinado grupo social. En todas estas circunstancias de construcción de textos podemos observar un fenómeno de interés para reflexionar, emparentado con aquello que Sigmund Freud diferenció como procesos primario y secundario.

Este artículo toma en serio “el texto” y propone en lo que viene a continuación reabrir la reflexión no sólo respecto de qué escribimos y cómo escribimos, sino respecto de qué acontece en el texto. De ese modo, buscamos provocar un interés por lo que hacemos con los textos desde su producción, reproducción, distribución, lectura, discusión y su transmisión en el tiempo. En la actualidad, somos testigos y, a la vez, actores de transformaciones culturales de gran impacto que no podemos dejar de considerar. La presencia de textos en piedras y tabletas de arcilla de hace milenios, hace menos tiempo con lápiz, tiempo después con máquina de escribir mecánica, luego eléctrica y ahora cibernética, conlleva más que cambios de plataforma. Es dable pensar que estamos ante una transformación de la experiencia, en la cultura como memoria compartida, en confrontación con la subjetividad como memoria plástica que relee textos que en su momento se fijaron y ahora viajan a una velocidad antes inimaginable.

Del lenguaje y la palabra, como paraguas, como ámbito de sentido y pertenencia, el texto concretiza y fija en grafemas lo que el habla ofrece en fonemas. El texto ofrece un trazo continuo, un código, un esquema no evidente. Un saber múltiple. La invitación a quien lee es a que piense y se piense como escritor y lector.

### Un texto

La metáfora del tejido se usó como cultismo (Corominas, 1973) en la historia de occidente para entender un escrito, es decir, el texto como un tejido de palabras. La etimología latina “textum” es literalmente “tejido”, a su vez emparentada con el concepto indoeuropeo “teks-nâ”, como el arte de tejer, trenzar, construir, de donde viene “tékhné” del griego, es decir “técnica”. Se nos sugiere que la elaboración de un texto proviene de una habilidad para construir un entramado a partir de un conjunto de enunciados. Un hilado en palabras, en un discurso de diversos elementos que ofrecen un paño o tela. Y se puede agregar que un texto se propone objetivos, primero de lograr una determinada trama, una forma, en pos de un segundo objetivo, el de comunicar a un oyente o lector un mensaje específico. En todo texto además de trama y contenido va aparejada una intención provocadora, de interpelación que movilice al lector. Por tanto un texto es una trama compleja de sentido, que podemos definir como un “cuerpo grafo-código” contenedor de variados elementos no solo cognitivos, idiomáticos, sino pragmáticos, relacionales y existenciales.

Como en todo tejido donde está implicado un intento por resolver una funcionalidad –como en el caso de una prenda de vestir– hay también una oportunidad donde se resuelve un estilo, una estética, una moda, una ética, una economía, y se establecen unas habilidades y conocimientos pertinentes para su calidad. Un texto es mucho más que unos “datos” de información, es una construcción donde confluye una serie de materiales conceptuales, con un marco simbólico cultural y un universo psíquico intersubjetivo. Un texto es literatura, la literatura es intertextualidad, pues lleva dentro de sí referencias a otros textos de la literatura disponible en cada época y en cada cultura. Hilos diversos en colores y texturas tejen un conjunto, una estética, lo bello. Escribir lo bello requiere de lo diverso en la mano y en la mente de quien lo conjuga en un mismo tejido.

El anverso de tejer un texto es su lectura. Leer literatura es uno de los ejercicios psíquicos y cognitivos de mayor relevancia en todas las civilizaciones humanas que conocemos. Es posible afirmar que la “lecto-escritura” es, si no el número uno, uno de los principales aprendizajes para la escuela antigua y para la moderna. Es de los aprendizajes culturales más antiguos, aún si su dominio en épocas premodernas fuese de pocos. Sabemos desde la experiencia de siglos que el analfabetismo deja al sujeto sin las herramientas fundamentales, no sólo para transformar o modificar su entorno, sino para interactuar socialmente en igualdad de condiciones. Antes de la imprenta de Gutenberg, en occidente, no saber leer ni escribir, si bien favorecía el uso de la memoria, generaba una diferenciación social difícil de remontar.

En tiempos de la oralidad primaria, los relatos fueron sostenidos en la memoria de la gente y la transmisión cultural se apoyó en la función de los narradores orales. El surgimiento de la escritura generó “cambios en estructuras mentales y sociales que

son inherentes al uso de la escritura” (Ong, 1996 p. 16). La escritura complejizó el trabajo de transmisión de relatos, con un saber escribir que involucra una motricidad fina y el manejo inteligente de unos signos gráficos. La producción de un texto significa mayor trabajo, pero su resultado facilita la perdurabilidad del relato. Surge la función de la escritura, de escribanos y escritores, para el nuevo modo de la transmisión cultural. Con la escritura termina la oralidad primaria (Ong, 1996 p.), y la transmisión cultural del conocimiento y de las prácticas cotidianas de una comunidad continuará ligada al ejercicio de estas dos funciones, de la narración y de la escritura. El acceso a los relatos que se transmiten significa ser parte de la comunidad, el no acceso genera exclusión. La escritura de textos marcó un antes y un después que llamamos prehistoria e historia humana, desde los primeros documentos cuneiformes que registran producción agrícola, para escalar a procesos de redacción cada vez más elaborados. Saber leer y escribir devino, progresivamente, en un modo de pertenecer.

Un texto pudo ser, inicialmente, tan solo un registro contable de cosas a saber, como los sacos de granos cosechados en una temporada, con la simple intención de gestionar la producción. Luego la necesidad de registro escrito se fue ampliando al servicio de otras intenciones: establecer y firmar contratos, decretar normas a la comunidad, transmitir la sabiduría de los mitos para afrontar las adversidades e inclemencias. Finalmente, la intención de escritura se abre a todo el espectro de la experiencia humana, del pensar, del saber, de la ciencia y de los afectos.

Antes que el texto, “el acontecimiento primordial es que el hombre está dotado de habla; pero para medir el inmenso alcance de esta capacidad es preciso observarla como un acontecimiento o, si se quiere, considerarla un advenimiento” (Cyrulnik, p. 49). La “representación palabra” (Freud, 1984, p.22) es el advenimiento de un mundo intersubjetivo de alta complejidad, que aquí intentamos comprender en su dimensión de texto que, a diferencia del habla, perdura y es de más arduo aprendizaje.

El texto es un tiempo narrado (Ricoeur, 1995), cuyo escritor en su propio tiempo con una redacción enunció un discurso, una narración, para poner a disposición en el tiempo del lector. Incluso el escrito del discurso filosófico tiene su tiempo, que es el de haber sido pensado aquello que luego, en el tiempo de escribir, el filósofo fijó en un texto para que un lector, en un tercer tiempo intente dilucidar. Estos tiempos, por más implícitos que se muestren, ponen una presencia dinámica de una relación sujeto–objeto (texto) y una tercera presencia, la de quien trazó una trama de sentido. No se trata solo de un tiempo cronológico (kronos) y su secuencia irreversible, aritmética, sino del tiempo oportuno (kairós) como apertura de sentido, como claridad en el existir. El tiempo como confluencia en un habitar común.

### “Textismo” o “textorrea”

Llegamos a la “era digital” con demasiados instrumentos de textos, con demasiadas posibilidades de deformación textual, con una tendencia a filtrar poco los contenidos y las formas, con repeticiones excesivas, como el conocido chiste de whatsapp “–que se mejore, –que se mejore, –que se mejore. ...”. La ansiedad de los tiempos de inmediatez que vivimos, en ocasiones con dosis de narcisismo, lleva a esta alteración cuantitativa del flujo de textos, que se caracteriza por la aceleración y desprolijidad del discurso, con dificultad para detenerse. En esta nueva situación, así como se escribe más rápido de lo que se piensa al escribir y que en el mismo instante un corrector del dispositivo se anticipa a completar palabras, así también leemos por encima suponiendo contenidos sin corroborarse con el propio texto. Una suerte de escritura compulsiva, incontinente, automática.

Puede pasarnos que, ante tanto texto que emerge en dispositivos electrónicos, de mensajes, de publicidad, de alertas, así como en papeles y muros, nos perdamos en un bosque de palabras. De la realidad mundo entendido en la metáfora “camino de bosque”, es decir difícil de comprender sus oscuridades, en la reflexión de Heidegger (1998b), hemos pasado a este bosque de palabras que parece confundirnos en la fuga de significados. O bien, puede que estemos prontos a iniciar un tiempo en el que se abra un nuevo horizonte donde nos reencontremos con el mundo de los textos a niveles aún más desafiantes. O bien, este escribir acelerado sea una ocasión para el análisis del inconsciente, si el control simbólico consciente sufre fisuras inevitables.

Hoy presenciamos a escritor y lector -con intervalos sucesivos en intercambio de roles- a una velocidad vertiginosa, escribiendo—leyendo—respondiendo casi al mismo tiempo. Así nos hacemos muy difícil el escribir y el leer. En el intertanto, este vértigo reproduce el mito de la torre de Babel, en que la grandiosidad del trabajo humano para construir el habitar nos tiene en confrontación como enemigos irreconciliables del no entendernos mutuamente, de no reconocernos mutuamente y de no cuidarnos mutuamente. Estamos todos escribiendo en simultáneo. La pulsión de uno y de otro se hacen parte de esta producción textual.

Humberto Giannini se preguntaba: “¿Cómo es que las palabras pueden confundirnos?” (Giannini, 1981). Quiere decir que la fuga de significados no llega solo ahora con la tecnología digital sino que viene de siempre, y Giannini señalaba que hay un punto secreto en el que las palabras desembocan en la realidad, donde precisamente perdemos su dominio. La convención de los signos queda siempre pálida ante la atribución de significados. La interpretación pasa por esa atribución de significados, que podemos hacer concienzudamente o a vuelo rasante por encima del texto.

La comprensión del objeto ahí presente delante nuestro; la comprensión de la palabra dicha y escrita, el texto; y la comprensión de la subjetividad del otro. Son niveles que se acompañan entre sí, se entrecruzan tanto como se diferencian.

Con todo, esta inmediatez que instaló la tecnología digital ha diluido todas las funciones de la escritura tal como las conocemos hasta hoy, para privilegiar más que los procesos de producción de textos, como redacción rigurosa, sobre todo los resultados y su efectismo. A mayor velocidad de redacción, con toda la abreviación posible, como castración al purismo del lenguaje, mayor seguridad en el impacto. Puede preocuparnos una suerte de empobrecimiento en el uso del idioma, una superficialidad en el nivel simbólico, una banalización de las palabras, o quizá el pujar porque emerja un nuevo nivel de rigurosidad. No lo sabemos con exactitud, al menos por el momento. En estos tiempos, no solo de inmediatez tecnológica sino del imperio del mercado, se habla de una crisis de la narración (Byung Chul Han, 2023).

## Del escritor al lector

Como adelantamos más arriba, una cosa es la escritura y otra cosa es la lectura. La intención por parte de quien redacta y emite el mensaje escrito no siempre coincide con la intención de quien lo lee, pues emisor y receptor obedecen a intereses distintos. Como las intenciones van siempre en sintonía con los intereses, así se inspiran tanto la producción de la escritura como el proceso interpretativo de la lectura. Es en este punto donde el texto una vez producido o editado se independiza del emisor y adquiere una suerte de vida propia: “scripta manent, verba volant” (lo escrito permanece, la palabra vuela). Lo escrito, escrito está. En 1965, Elías Canetti escribía “Parece casi increíble lo mucho que la frase escrita calma y amansa al ser humano. Una frase es siempre un Otro (ein anderes) en relación a quien la escribe.” (Canetti, 1981). Con todo, en el origen de un texto hay siempre un interés en juego.

La intención del emisor y la del receptor corresponden a sus respectivas posiciones ante la vida, la sociedad, lo político, y la propia subjetividad. Siempre serán posiciones distintas. No necesariamente contrapuestas, pero sí con la posibilidad de generar tensión, conflicto, así como de esfuerzo por construir consenso, conversación. El texto que fue escrito desde una posición con una intención determinada, será leído desde una posición diferente y no necesariamente tendrá a la vista aquello que sí tuvo el emisor. El esfuerzo del lector por viajar al origen del texto se contrapone al uso distorsionador del texto, al prejuicio.

Roland Barthes, desde una teoría estructuralista, propone que texto es todo discurso que puede ser oído, leído, interpretado, que denote y connote (cf “El grado cero de la escritura”, 1989). Especifica que “en toda forma literaria, existe la elección general de un tono, de un ethos si se quiere, y es aquí donde el escritor se individualiza claramente porque es donde se compromete

(...) lengua y estilo son fuerzas ciegas; la escritura es un acto de solidaridad histórica. Lengua y estilo son objetos; la escritura es una función...” (p. 21–22). “La escritura es por lo tanto esencialmente la moral de la forma, la elección del área social en el seno de la cual el escritor decide situar la naturaleza de su lenguaje (...) La escritura es precisamente ese compromiso entre una libertad y un recuerdo, es esa libertad recordante que sólo es libertad en el gesto de elección...” (p.23). El texto escrito contiene, a la vez, el ser y el parecer del poder, de tal modo que moviliza necesariamente posiciones y conflictos.

El emisor busca hacer permanecer en el tiempo una comprensión de la realidad, o de una determinada realidad. Ignora de antemano qué acogida e impacto tendrá su “tejido”, y, con todo, lo ofrece teniendo cierta expectativa. Así, en todo texto escrito subyace un trabajo de redacción con variadas herramientas y recursos. Haciendo un breve elenco, tenemos un sistema lingüístico, géneros literarios, tradiciones textuales, aspectos retóricos, niveles de pensamiento desde lo más descriptivo a lo más analítico, estilos comunicacionales, amplitud de vocabulario, precisión gramatical. Y es probable que olvidemos otros recursos. Con la imagen del tejido, los hilos son la materialidad de la trama, pero luego están los colores, la densidad, la forma... Estas herramientas y recursos no le son exclusivos al emisor, son más o menos compartidos por una comunidad de pertenencia, tanto de escritores como de lectores.

En todo texto escrito hay, entonces, un contexto de producción del mismo, que aporta elementos a su proceso de redacción y, luego, a su adecuada comprensión. El contexto puede estar implícito en el mismo texto, o bien emerger en ciertos detalles o alusiones indirectas. O bien lo suponemos una vez que sabemos datos de su procedencia. Parte importante de este contexto de producción es cómo configura—lee el escritor al receptor, el cómo lo imagina, con qué expectativas, de tal manera que por ejemplo echará mano de una retórica que supone se adapta del modo más apropiado para la lectura que haga este receptor, sobre todo si se trata de convencerle, más que de informarle. Quien escribe de alguna manera escucha a su receptor y escucha a todos quienes alimentan su texto. El texto disociado de su contexto llevó a la antigua hermenéutica a plantear un axioma o aforismo que dice: un texto fuera de contexto sirve de pretexto.

En este aforismo, el contexto se entiende primero, como ya dijimos, como el proceso de producción que da lugar al texto que el lector tiene delante. En segundo lugar, se entiende la totalidad del texto, como un todo coherente, que permite entender y no distorsionar una determinada frase o párrafo particular. En toda distorsión, sin siquiera juzgar intenciones, quien lee puede estar sirviendo a un determinado objetivo no pretendido por el texto, incluso contrapuesto, y por ello se puede hablar de pretexto. Suele ocurrir de modo más notorio en los debates de campaña entre políticos de bandos contrarios, cuando sacan a relucir dichos en declaraciones o entrevistas antiguas. Pero ocurre también a menudo en conflictos interpersonales cuando prima la competencia por el poder relacional de quienes concurren. Un texto escrito, una trama que implica un todo de significado, da el sentido originario a cada frase tomada por separado, sacar fuera de este contexto de la trama completa será siempre pretexto de otro significado muy diverso.

### **Escritura intersubjetiva**

El cómo percibe y configura el escritor al receptor tiene asidero, entre otras, en una experiencia intersubjetiva. Desde la propia subjetividad y de todas las experiencias relacionales, las personas hemos ido aprendiendo a “leer” la subjetividad del otro, lo que redundará en una suerte de aumento de la empatía. Toda la información de “datos” que tenemos del receptor la filtramos a partir de aquello que intuitivamente comprendemos en esta lectura de su subjetividad. A mayor empatía, nos situaremos más próximos a la comprensión del otro en su mundo interno y nos esforzaremos por hablarle tomando en cuenta su situación emocional y existencial. De lo contrario, tomaremos distancia en una supuesta objetividad que juzga la situación del otro, incluso para considerarlo no merecedor de nuestra preocupación. La empatía sólo como intuición cognitiva del otro, sin la apertura y el cuidado de los afectos, puede situar al escritor más próximo del cálculo psicopático produciendo un texto destructivo del otro al servicio propio. Cuando esta intuición cognitiva opera como herramienta del afecto, el respeto, el

diálogo y la tolerancia, aflora la auténtica empatía que sitúa al escritor sin cálculos narcisistas en lo abierto de un diálogo con el lector.

La comprensión empática del otro nos ubica más allá de la valoración positiva o negativa de su posición, de sus actitudes y conductas. La comprensión empática, más allá de los legítimos desacuerdos, contradicciones y equivocaciones, nos permite ubicar al otro en un horizonte de sentido, desde donde el diálogo podría hacer posible un entendimiento. Iniciar este diálogo con un texto escrito y posicionados desde esta comprensión empática puede abrir al otro a respuestas que permitan construir un escenario compartido.

El lector no es una neutralidad delante del emisor. El lector es un texto aún no escrito, aún no codificado en letras y palabras, pero que sí lo lleva plasmado en una constante codificación a través de gestos, miradas, acciones, actitudes de vida que asoman incluso a la distancia. Quien escribe, de alguna manera, está incorporando en su texto el texto subyacente del receptor, como un espejo que espera reflejar al lector, pero con las rupturas con las que el emisor busca incidir. La maravilla de un buen texto quizá consista en la adecuada combinación de este reflejo y las rupturas del mismo. Un texto no viene de la nada, viene de muchas experiencias de espejo con otro, de maternaje, en díada, en tríada, de reconocimiento y validación.

### Una lectura del lector

Si la producción de un texto es compleja, su lectura no lo es menos. La recepción de un determinado mensaje, por parte de un lector requiere un “saber leer” que no es obvio. No basta con juntar letras y reconocer palabras, si no se está en condiciones de poner al descubierto buena parte, si no todo el trabajo redaccional del emisor. Pero, obviamente, no todo lector está en condiciones de una lectura más compleja y eso lleva a quien escribe a la siguiente problemática ¿qué lector sé o supongo que leerá lo que estoy redactando? Dicho de modo irónico ¿es un lector culto y crítico, que va a desentrañar analíticamente mi proceso de redacción, o es un lector básico e ingenuo que se aferrará a lo primero que le acapare su atención? Dicho en términos relacionales, ¿es un lector próximo a mis convicciones, o distante, incluso adverso? Lo que sabemos es que el receptor, al leer e interpretar el texto ofrecido, se formará una imagen, una idea y asumirá también una posición en coherencia con su pensar. El texto le llevará inevitablemente a una postura –consciente o no– que era en parte previsible si se le sabía leer a él adecuadamente.

Magistralmente desarrolla Georg Gadamer (1996) en el concepto del “círculo hermenéutico” el pensamiento de Heidegger (1998a) sobre la precomprensión. Todo proceso auténtico de comprensión está, por un lado, situado históricamente y, por otro, está abierto en un círculo que tiene un sentido ontológico positivo. Esto es, no cerrado desde lo arbitrario, desde la imposición, sino que se orienta hacia la cosa misma. No se puede llegar a la comprensión sin más, si no se parte honestamente de esa precomprensión que es el estar situados. La precomprensión nos encuentra tal cual somos ante el texto, ni más ni menos. La precomprensión rigidizada da lugar al prejuicio y a la descalificación.

El lector, ante su lectura del texto, puede encontrarse auténticamente a sí mismo o bien perderse en los confines de una alquimia de letras que le resulta hermética, como una prenda de vestir que no cabe o que sobra por todos lados. Comprendemos que un texto pueda tener destinatarios específicos, los así llamados expertos, fuera de los cuales puede generar una confusión. Están los textos íntimos, los textos especializados, técnicos, de investigación, jurídicos... Hablar de “un lector apropiado” podría ser un concepto poco empático y, más bien, discriminador. Todo lector está potencialmente en condiciones de encontrarse y, a la vez, de discernir las rupturas que le propone un texto. Lo apropiado del lector tiene que ver con la posibilidad de desarrollar un proceso interpretativo que le permita transitar psíquica y cognitivamente por antiguas y nuevas posibilidades para su existencia.

La redacción de un texto no es simple. Una redacción poco elaborada o muy espontánea puede prestarse para la traición de las intenciones comunicativas del mensaje que el emisor tiene en mente. Cuando esto ocurre, el o los lectores pueden sacar conclusiones muy distantes respecto de aquello que se quiso comunicar. En italiano se dice “traduttore traditore” que significa “traductor (es decir intérprete) traidor”. Pero esta “traición” atribuible al receptor-traductor es también una responsabilidad anticipatoria del emisor.

Sin embargo, lo espontáneo en un escrito puede entenderse desde la asociación libre, como el inconsciente que emerge plasmándose en un texto. Ahí el lector, posiblemente sorprendido ante semejante develación, se vea entrando por los rincones de la subjetividad del escritor.

## Realidad segunda

Un texto es un texto, no la realidad. Es decir, es una elaboración simbólica, cargada de bagaje cultural y pensamientos, que trata sobre cosas de la realidad. Un texto es como una realidad segunda. La realidad tal cual, lo que todos observamos, siempre queda ahí afuera susceptible de puntos de vista de diversos observadores. Ya con la realidad tenemos cierta incertidumbre de consensos llamados “objetivos”. Pero una elaboración simbólica tiene un universo de profundidad que amplifica la incertidumbre de lo que podemos entender. Escribir y leer lo escrito, una y otra vez, buscando entender el sentido, es lo que nos ocurre a diario. Y siempre encontraremos algo nuevo. Siempre dos lectores pueden tener divergencias respecto de aquello que entendieron de un mismo texto.

Entrar en un texto implica comprensión lectora, como cuestión cognitivo-racional, pero también algo que va más allá de lo racional. Lo razonable en caso de haber discrepancia interpretativa sobre un texto, es la posibilidad de abrir un proceso de análisis y argumentación que fundamente cada posición. El universo del lenguaje donde habitamos (Heidegger, 1998a) nos tiene delante de la apertura de un claro en medio del bosque y vamos abriéndonos a la comprensión del mundo situados en el tiempo y en el espacio. Nuestra comprensión lectora está siempre referida a contextos vitales, a un aquí y ahora, en relación dialógica a un otro (Rodríguez, 2005). Interpretar un texto mueve no solo argumentos, sino el propio texto interno del lector.

Entonces, el esfuerzo de redacción es siempre un trabajo mental de identificar el mensaje y, por otra parte, de ponerse en el lugar del receptor y su mundo simbólico. Esto para que, al redactar, el emisor se anticipe a una recepción lo más adecuada posible del mensaje. Esta relación del contexto vital dio lugar a la llamada “teoría de la recepción”, que estudia los textos a partir del “contexto vital” de su producción, especialmente en relación a sus receptores (el “sitz im leben” según el clásico teórico alemán Gunkel). Es decir, el emisor o escritor ya sabe algo importante de su receptor. Quizá nunca sabrá todo respecto de su receptor, quizá tendrá prejuicios, pero al menos tiene una idea que le permite anticipar.

La anticipación del contexto vital del receptor es una de las herramientas más importantes que tiene el emisor, sobre todo si quiere convencerle de algo. La codificación del mensaje que mejor se adapte a la capacidad decodificadora del receptor, logrará el mejor efecto del mensaje. Dicho de otro modo, logrará disminuir la distorsión del mensaje.

## Escritores

De este modo, si escribir es un triple ejercicio mental, es decir, de tener un mensaje claro, de usar bien las herramientas del idioma y tercero de ponerse en el lugar del receptor, el escritor necesita evaluar cada uno de estos puntos. Evaluar si el conjunto de competencias que involucra las tiene suficientemente desarrolladas. ¿Qué necesito aprender, incorporar y perfeccionar de estos tres niveles? ¿Cómo entreno cada uno de estos niveles? ¿Qué errores suelo cometer al escribir? ¿Qué tipo de mensajes necesito transmitir habitualmente? Estas preguntas apuntan a cuestiones pragmáticas claves, en términos estratégicos, para mejorar nuestra comunicación escrita.

En concreto, podemos aventurar ciertos criterios generales:

- Si el mensaje tiene cierta urgencia, es importante que sea breve.
- Si el mensaje contiene un aspecto crítico atribuible al receptor, evitar juicios de culpabilidad y mostrar voluntad de apertura a escuchar.
- Si el mensaje es una noticia desagradable, atenuar el impacto con expresiones de empatía respecto al efecto que tendrá al ser leído.
- Si el texto son apuntes de lo que otro relata, busco usar sus palabras y no cambiarlas por las que en mi opinión sean más válidas.
- Si el texto busca establecer un diálogo, un intercambio, evitar afirmaciones tajantes y, por el contrario, expresarse propositivamente.
- Si el texto pretende ser sólo informativo, habrá que cuidar el orden lógico y la exactitud de los datos.

Pero estas “habilidades” y todas las que se puedan añadir no agotan el fenómeno. Quien escribe está lidiando con una suerte de transferencia y contratransferencia. De un saberse a sí mismo entrando de antemano en el lugar que lo pondrá el lector, así como de estar poniendo delante de sí mismo el lugar del lector. Cuando tomamos apuntes de la voz del otro, ¿esa voz la ponemos en primera persona, así como nos lo comunica, o lo traducimos a un modo impersonal “siente que.. le ocurre que”? ¿Vemos si el texto de estos apuntes mantiene, de principio a fin, una coherencia en el pronombre personal? ¿Cambiamos, por economía en la velocidad de escritura, determinadas palabras? ¿No nos genera una tensión estar entre la lealtad al otro, la lealtad a nuestro procesamiento de contenidos razonablemente entendidos y la lealtad a nuestros procesos inconscientes? Por más confidencial que sea el texto, está ahí como elocuente testigo de esta tensión, de este mundo relacional palpitando en grafemas. Con lo rudimentaria que pueda ser esta escritura de apuntes, develadora de un intimidad terapéutica, comparte con Cervantes, Dostoievski, Dante y Gabriela Mistral el juego del tejido, para vestir esa frontera entre el mundo interno y la realidad. Es un tejido relacional e intersubjetivo. Como toda prenda de vestir el texto no solo nos cubre, especialmente las partes íntimas, sino que puede ofrecer elegancia, estilo, buena presencia, en vez de avergonzar.

### La psique del texto

En todo esfuerzo de redacción hay también una dinámica de mecanismos de defensa y funciones del yo, donde protegemos el lugar del yo—escritor y sus necesidades. Una redacción en neutro, la homogeneización, la banalización y otros recursos pueden operar en este sentido. El escritor puede querer salvar al otro, ponerlo en mejores condiciones de las que él mismo se nombra; o bien, necesita remarcar lo difícil, lo negativo, lo ominoso, para poner en marcha un rescate heroico. Los recursos literarios al servicio del yo dan para todo esto y mucho más.

Quien escribe en parte es experto, en parte es ingenuo y en parte es ignorante. Si el escritor no tuviese algo de ingenuidad e ignorancia, si en todo fuese astuto y docto, no osaría llevar al papel un texto que fijará en el tiempo y a nivel simbólico algo de sí mismo y de la subjetividad del otro. Escribir tiene algo de omnipotencia y algo de vulnerabilidad, algo de narcisismo y algo de generosidad. Escribir un texto, al mismo tiempo que es un acto de cultura —de proceso secundario, nos diría Freud— establece en el momento de la producción del texto una conexión intangible e inefable/insondable entre el mundo interno y el mundo externo, una conexión intersubjetiva cuyos alcances, una vez editado y publicado, ya no podemos controlar. Ni la censura, ni la quema de libros por parte de mecanismos autoritarios son capaces de evitar esa conexión.

Los textos se replican, se reeditan, se anotan y subrayan. Reaparecen en los muros de ciudades, en traducciones a idiomas diversos, incluso —como ya se analizó— los textos reaparecen en otros textos como citas o referencias, como intertextos. Un texto puede tener una fuerza insospechada de sobrevivencia y de impacto no solo en el pensamiento, sino en cómo nos relacionamos. Un texto es una misteriosa presencia de un conversador que nos ha alcanzado con palabras que nos implican.

De pronto en ese papel impreso, en esa pantalla encendida o en ese muro o pancarta, viene un otro a nuestra presencia apelando a nuestra posición existencial y a nuestro compromiso con la historia.

El texto, como el tejido de nuestras vestimentas, es ese intermedio entre exterior e interior. La frontera donde se encuentran el mundo interno y la realidad, la relación entre fantasía inconsciente y el objeto de relación. No es el texto escrito la única vestimenta, lo son también las conversaciones cuyo tejido nos cubre en el instante que dura el sonido de la palabra pronunciada. El texto escrito tiene la virtud de cubrirnos, o desnudarnos, por tiempo indefinido, por su propia fuerza y circunstancias. El texto escrito habita un espacio intermedio, en la línea del concepto de D. Winnicott (1972), no solo de quien lo escribe sino compartido como entrecruce intersubjetivo con quien lo lee. En ese espacio intermedio ocurre la constante interpretación movilizadora desde ese otro y movilizadora hacia otro. La inamovilidad del texto plasmado sobre papel en tinta contrasta con el movimiento del propio texto en ese espacio intermedio compartido, un campo interactivo (Mitchel, 1993). Un espacio posible para la mutualidad, que comprenda la regulación, validación y el cuidado entre las partes, donde el leer pueda ser vivido como un ser acogido y lanzado con herramientas a los desafíos por venir.

#### Referencias:

- Barthes, R. (1989). *El grado cero de la escritura*. Bogotá: Ediciones Siglo XXI.
- Byung-Chul Han (2023). *La crisis de la narración*. Barcelona: Herder.
- Canetti, E. (1981). *La conciencia de las palabras*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Cyrulnik, B. (2004). *Del gesto a la palabra. La etología de la comunicación en los seres vivos*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Corominas, J. (1973). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Editorial Gredos.
- Freud, S. (1916/1991). *Obras completas*. Vol. XV, Lecciones introductorias al psicoanálisis: Los actos fallidos. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923/1984). *Obras completas*. Vol. XIX, El yo y el ello. Buenos Aires: Amorrortu Editores, págs 13–62.
- Gadamer, H. G. (1996). *Verdad y método I y II*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Giannini, H. (1981). *Desde las palabras*. Santiago: Ediciones Nueva Universidad.
- Heidegger, M. (1998a). *Ser y tiempo*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Heidegger (1998b). *Caminos de bosque*. Madrid: Alianza Editorial.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración*. Madrid: Sigloveintiuno.
- Ong, W. J. (1996). *Oralidad y escritura. Tecnologías de la palabra*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económico.
- Poulat, E. (1980). *Une théorie de la légende. Hermann Gunkel et les légendes de la Bible*. En *Archives de sciences sociales des religions*. Vol 25 (50.2), pp. 280-281.
- Ricoeur, P. (2015). *Historia y verdad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ricoeur, P. (2002). *Del texto a la acción*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ricoeur, P. (2002). *El conflicto de las interpretaciones, ensayos de hermenéutica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ricoeur, P. (1995). *Tiempo y narración. Configuración del tiempo en el relato histórico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Ricoeur, P. (2005). *Sobre la traducción*. Buenos Aires: Paidós.
- Ricoeur, P. (2002). *Freud: una interpretación de la cultura*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Rodríguez, P. (2005). *La locura de pensar desde un otro anterior en un Yo posterior*. En <https://critica.cl/reflexion/la-locura-de-pensar-desde-un-otro-anterior-en-un-yo-posterior>
- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. (2004). *Los Contextos del Ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Madrid: Herder.
- Van Dijk, T. A. (1980). *Texto y contexto. Semántica y pragmática del discurso*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1986). *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1989). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Barcelona: Paidós.

# ARTÍCULO

## FANTASMAS A LA MODA

Dra. Patricia Cordella

Psiquiatra, Psicoterapeuta, Magíster en psicoanálisis, Doctora en Semiótica.

Profesor Escuela de Medicina Universidad Católica.

E-mail: mpcordella1@gmail.com

En este artículo hablaremos de la relación que tiene la Imagen de sí mismo con la Moda.

La Moda se mueve. No en el lenguaje del entendimiento, sino en el de la razón práctica (Lash, 2005). Hoy, el afuera, el Reino de la razón práctica es, en cierto modo, primordial más que el Reino del adentro reflexivo. A la Moda parece caerle muy bien esta forma postmoderna *tecnofilica* de circular: rápida, efímera, fugaz. Cercana a su esencia de mudas.

La cultura actual se desplaza sobre un plano inmanente, donde los actores conectados en interfaces son mediados por máquinas, aunque las olvidemos en su protagonismo por duras e inertes. En ese tiempo presente, experimentamos los objetos culturales como ocurrencias momentáneas no como representaciones trascendentales o acontecimientos. Las redes articulan actores humanos, inhumanos, objetos culturales y objetos materiales sin arraigo, sin densidad. Existen en un no-lugar y solo a veces, o en parte, se agarran de alguna tarima. La Moda es una de estas redes. Es una clase de información expatria. Estamos en una sociedad del “y” no en una sociedad del ahí, que fije en algún lugar las cosas. Una sociedad de conjunción. Ya no se trata de la relación entre Sujeto y Objeto. No hay predicación de uno sobre otro, no hay destinante y destinatario. Tampoco modo, forma, cantidad, afirmación o negación. Todos son parte de una red que flota sosteniéndose a sí misma en la dinámica que hay entre los elementos participantes. La esencia es la conexión, el pasaje continuo de energía en todas sus formas. Sin adjetivos que modifiquen o adverbios que sostengan la acción. Como si un solo verbo lo ordenara todo: pasar.

La Moda ha sido una práctica social histórica. Al inicio la indumentaria es requerida por necesidad. Protección: de la piel; de la temperatura; de los rayos solares. Para cubrirse de la lluvia y colocar una interfaz con los insectos. Luego aparece el pudor, la necesidad de cubrir las pudendas partes señaladas como reprimidas y prohibidas. Se agrega, desde los primeros rituales, el adorno, la creatividad. Se exploran materiales, se aprenden técnicas de costura, tejido y bordados y se va asociando a distinción (Bourdieu, 1988), elegancia y marca jerárquica. De esta forma la Moda ingresa al juego de las relaciones humanas como parte imprescindible de nuestra convivencia. Solo un rey sale desnudo a pasear, pero para eso, ciega a sus súbditos.

Reflexionar sobre la Moda es sobrevolar la historia, la ciencia, la economía, la filosofía. También la antropología, la sociología, el psicoanálisis. Hacer una crítica supone ir a buscar en los decantes de deshechos. En los contenedores en que cada una de estas disciplinas ha excluido lo inclasificable, lo anónimo. Depósitos que contienen restos de humanidad en descomposición; linos deshilachados y plásticos intactos. Se pueden observar algodones apelotonados entre tiras de tartán y discursos de la Primera Filípica todo enrollado en sedas teñidas batik. Tejidos textuales entremezclados con carne y frutos secos. Más allá se asoma la mercantilización de los deseos que aparece entre rasgaduras de gobelinos urdidos con hilos rojos y verdes que intentan articular derechos humanos y derechos ambientales. Y, aún más allá, entre esquirlas de hueso y talismanes indígenas, se cruza la historia con los desleales valores culturales estampados en discursos. Y por acá, ah, por acá sobre el brillo de la descomposición de la carne, el feminismo en sus mil formas.

Es una tarea titánica y cuesta decidir el filón de análisis. En este escrito tomaremos uno que se nos presenta por conocido. Uno que está trenzado con todos los demás generando un nudo con el soma, entendido como la información genética base de un animal en vías de convertirse en humano, con la otra información, la que generamos en el habla, las unidades semánticas.

Como fenómeno social vestirse va más allá de las necesidades fisiológicas del organismo. No es precisamente el soma quien necesita la Moda. Con una indumentaria pertinente al clima o la actividad, le bastaría. Es otra cosa que la crea y busca. Otro sistema fisiológico. Uno que trasciende al individuo. Un sistema órgano- estético-mercantil. Un sistema conjuntivo que funde en la presencia un soma y ciertas unidades de significado transitorio como son los semas. En el análisis de la Moda como secretaria del Capitalismo, en este escrito, no entraremos.

Una presencia conecta con otras presencias y juntas van organizando redes. Igual que como ocurren en los circuitos cerebrales en estas redes circula energía. Bateson decía que la información es la diferencia que hace la diferencia y estos cambios como también ocurre en las redes de las computadoras pueden ser solo eso, la diferencia entre un 0 y un 1. Esa diferencia hace que fluya entre los nodos o puntos de contacto la energía. De forma que el conecta-desconecta va conformando un pasar. Y ese pasar organiza una impresión. La impresión viva (dinámica) impacta varias zonas cerebrales a la vez como son la visual, auditiva y táctil. Como ese cuerpo está vestido, la impresión incluye el vestuario, es decir atuendo más adornos. La impresión debe además integrar otros estímulos como: la oportunidad del uso; la marca (el valor asignado) asociada; el movimiento del cuerpo determinado por ese mismo atuendo. Juntos van construyendo un mensaje complejo de esa impresión, la apariencia. La apariencia se construye a su vez con patrones que cada individuo o sociedad eligen desde su historia, sus expectativas, sus posibilidades y sus faltas. Esta dimensión de la presencia, la apariencia, posee una función central en el sistema social. Es una forma de articular soma con sema. Entendiendo el soma como el cuerpo en su conformación puramente biológica y el sema como la unidad de significado en su conformación de sentido. Engrana lo fisiológico de un organismo vivo con la construcción social del coro común. Y de esta dimensión hablaremos.

Se trata de la dimensión de fantasmas

El concepto de fantasma (fantasy o phantasy) ya estaba en Freud como un opuesto a la realidad "real" siendo el producto de una ilusión (en parte hay realidad, materia, objeto) y en parte es creado por la "imaginación". Finalmente, el psicoanálisis evoluciona y ocupa el concepto de fantasma para designar una escena que se presenta en la imaginación para dramatizar un deseo inconsciente.

De esta forma, la Moda sería una forma de leer—escribir—dramatizar los deseos conscientes e inconscientes de una comunidad. Parecería muy limpia esta declaración de términos si no fuera porque al hablar de deseo aparece un marco referencial con aires lacanianos y por lo mismo con trazos de lingüística, estructuralismo y derecho que nos sitúa en un terreno amplio para pensar y debatir que requiere precisar ciertas nociones.

Sujeto y Deseo serían dos elementos necesarios para esta comprensión. La Moda, entre tantas otras cosas, sería una creación lograda y abandonada entre sujetos deseantes.

El deseo inconsciente como la materia oscura del universo son desconocidos, inenunciables y sin embargo sostienen el sistema (solar para uno y del Sujeto para otro). El deseo es una fuerza continua esencial que trasciende la biología pura de un organismo. Se desea lo inútil, como sería una zapatilla de marca o los anteojos de un presidente o un viaje de placer. No se trata de satisfacer una demanda de hambre o sed. Se desea porque no es posible no desear. La causa de este deseo es ese vacío, esa falta de la que no se puede escapar. Lo que se desea en realidad es el deseo de otro, es decir ser reconocido por un otro como un objeto de deseo. Así el deseo aparece como el tejido conectivo que sostiene otros tejidos sociales. La paridad de especie está dada justamente por esta falta. Ahí sí, somos hermanos. Hay un anhelo de algo que no existe, aunque la intuición comunica que hubo pretéritos mejores y que hay esperanza de alcanzarlos. A este espacio no le queda más que ser llenado por objetos, experiencias, relaciones y la Moda cumplirá su parte prometiendo fantasmas eficientes en la búsqueda de esta satisfacción. Como el Sujeto desea lo que otro desea y un objeto se torna deseable solo con tener este atributo. Por definición el deseo es deseo de "otra cosa" y es este corre que te pilló lo que dinamiza la Moda.

La Moda se instala en este espacio y sabe bien las reglas de este juego social. La Moda actúa como un “Sujeto de supuesto saber” que organiza los fantasmas.

Un Sujeto que le sirve de apoyo a otro Sujeto. Uno que se diferencia de la agencia del Yo y que funda esa parte del ser humano que corresponde a lo no conocible, al inconsciente. Una exclusión sobre la cual se predica. Aquello que No es objeto. Pero este Sujeto está estructurado como el lenguaje, está subordinado a ese orden. Hay un poder que se ejerce sobre él para transformarlo en eso que llamamos humano o animal parlante, ya domesticado y por lo mismo troceado. Al Sujeto le faltan partes. Pero no son las partes orgánicas las que faltan, aunque si hilamos desde la neurociencia puede que si encontremos faltas en circuitos cerebrales o en danzas proteicas (Perry, 2017). Pero, nos referimos a las castraciones en el cogito. En el aparato del pensar (Bion, 1997). Como el lenguaje nos obliga a optar, solo algunos podrán sujetarse bajo los temporales de la duda. Temporales que inquietan e inducen a buscar un polo-puerto seguro. Solo los más fuertes (integrados) podrán estar allí y reconocer la duda como certidumbre. Los otros serán tragados por el fanatismo.

Tanto unos como otros participan en el aparato del pensar colectivo y cómo habitar el cogito ha de producir alguna clase de vibración ya que, finalmente pensar es una actividad neuronal, esa vibración es una información. Algunos, tal vez más abiertos o sensibles a estos cambios de magnetismos, recogerán y transformarán en semas, unidades de significado, esta energía. La Moda, desde este punto de vista, es la fábrica de semas *express*. Incauta estas moléculas y las organiza para el expendio. De alguna forma las simplifica y democratiza su significado. Cumple una actividad política con esto dando su cuota (ficticia) de poder a cada cual. Y lo hace cercana al arte, con cierta armonía, aportando a la depredación de la basura que la crítica intenta reutilizar, denotar, reparar. La Moda es un suprasistema del sistema social capaz de convocar, rebelar, revelar, develar. Paradójicamente la Moda ha quitado varios velos (puestos sobre este decante de humanidad del que hablamos) más que ponerlos. Basta recordar el ejemplo de las *coulette* para bicicletas o de la Minifalda.

Volvamos al Sujeto que aún nos espera. El parto del Sujeto es posterior al de su fecha de nacimiento. El Sujeto nace con el lenguaje y por lo mismo no lo hace de un soma, sino de un semá. Esta diferencia de tiempos lo descuadra y por esta razón se dirá que está descentrado (Lacan, 2001). Soma y semá no calzan. Por eso las escenas en los espejos de las mujeres con anorexia son tan elocuentes en este punto. Lo que las pacientes ven, allá, en la superficie del espejo, no corresponde con su soma. Más que en cualquier otra situación, la vivencia de este descuadre lleva a una toma de decisiones que pueden llegar a ser mortales. Ese reflejo está más allá en el tiempo y en otro espacio.

Dado que el Sujeto está incómodo, metido en un zapato apretado y probablemente chino, busca ayuda en otro Sujeto. Uno que le parezca confiable y le pide ayuda para constituirse. Este movimiento que lo lleva más allá del soma al semá y luego lo trae de vuelta va tallando eso que llamamos cuerpo, que no es un soma sino un soma atravesado por el semá. Se habla de semas y de Semá, indicando que la minúscula es el elemento y la mayúscula el conjunto el genérico.

El Sujeto se va dejando marcar por la historia y las narrativas biográficas que lo sitúan en una trama, en un drama donde ocupa un rol asignado por el poder del Sentido. La Moda *le presta ropa* al Sujeto, lo ayuda en esta búsqueda mítica, para la construcción de su personaje.

Al sujeto no le queda más que jugar en este espacio potencial de “como sí” que el sentido propone en el tránsito entre la verdad y la falsedad, entre lo abierto y cerrado.

Este es el espacio de las ideologías (entre verdad y falsedad abierto) o de las creencias (entre verdad y falsedad, pero cerrado) donde la Moda asiste al Sujeto para facilitarle el proceso de las identificaciones míticas, las mismas que lo sostienen en el juego común y que lo contienen en sus angustias existenciales.

Por momentos el Sujeto dentro de un ropaje propuesto por otro Sujeto, se instala en un significante que lo suplanta. Se metaforiza a través de una forma apegada a su piel. Se encarna *a través de esa* prenda en una unidad de sentido. No es que un significante pueda reemplazar al Sujeto, sino que por momentos actúa en su nombre. Como si el Sujeto se organizara gracias a la propuesta de otro que a su vez actuó a través de la Moda y que lo ayuda a transferir creatividad, definiciones, dejando que sea otro quien decida las operaciones de sustitución. Por un tiempo La ganancia del Sujeto es espacio para pensar y crear en otras áreas. Gana libertad al someterse a los diseños de la Moda. (Ya lo sugería Stéphane Mallarmé, la Moda es una diosa que hay que obedecer).

Por otra parte, la misma Moda ha tomado información de otros Sujetos. El espacio del juego hace que los semas vayan y vuelvan *ad infinitum*. Los Sujetos juegan a transferirse semas, la estructura (la partición fundamental) queda intacta como causa y efecto de esta transferencia.

Los semas van tomando partes del cuerpo, las pliegan, estiran, deforman, las transforman. La patología psicósomática da cuenta de esto y de lo metafórico que resulta un síntoma. El síntoma trae en clave somática un sema indecible.

¿Podría la Moda ser un síntoma en una comunidad? ¿O es, tal vez, la salida a ciertos procesos patológicos?

Como buen síntoma estaría mostrando lo indecible. El malestar de la cultura hecho prenda, bien cerca del cuerpo, integrado a la identidad de quienes deciden portarlo, es decir, de quienes encuentran sentido en ese síntoma. Este síntoma desdibujaría las fronteras entre cuerpo, vestido y contexto (Saltzman, 2017) armando una nueva trama, una nueva piel adosada a una silueta comunicante. No se trata de lucir la ropa en una superficie rígida, en maniqués. Se trata de darle volumen y movimiento, darle una existencia sin tiempo-espacio, darle un lugar mítico. Este disfraz de ser es un intento de llenar esa brecha, un remendar con hilos que se cortan no más pasada la aguja por algún pasillo. La aguja pincha, duele cuando remeda, si de síntomas se trata.

Porque el síntoma es como una resistencia a la angustia. Es una Penélope que teje y desteje sin aceptar la pérdida, el abandono en que la tienen, aferrada a un telar, como si fuera un objeto transicional entre aquello que la completa y aquello que la arroja al vacío.

La Moda se desliza dentro de este vacío como una ideología estética que nos enseña qué desear y la forma de lograrlo. Como toda ideología se trata de una alucinación, una creencia apodíctica, colgada de algún polo de certidumbre que sobre-invierte un estilo. La Moda dirá algo, pero pronto dirá otra cosa. Teje y desteje. Es contradictoria en sí misma. Busca el sentido, lo pierde, lo recoge, lo interpreta, lo entrega, lo crea, lo representa, lo descompone, lo integra. La Moda es un síntoma vagabundo en torno al sentido y tal vez por eso su atadura con la historia de la humanidad que usa estos mismos verbos en su performatividad.

El Sujeto en su afán de trascender, de ir más allá de sí, en su intento de omnipotencia multiplica sus posiciones míticas

El Sujeto desea trascender, ir más allá de sí y por eso aparece para otros desde múltiples posiciones, ocupará significantes que lo representen, intenta identificarse con ellos, los que conformarán el decante de un yo de trazos contradictorios. Ese yo es especular con su clóset donde hay diversas prendas difíciles de combinar, partes "que no le vienen", tenidas que "no se arman"; cosas que "no quedan". Este decante muestra el camino recorrido en la búsqueda desde ser un objeto de deseo hasta lograr ser un Sujeto del deseo. De ser deseado a desear hay un camino de pérdidas que recorrer, un closet sin Marie Kondo muestra los "muertos en el camino" que nos rehusamos a cremar y que siguen allí guardados, sin uso, como anhelos o recuerdos.

Una prenda entonces pasa a ser un fetiche, un objeto que completa el deseo a mi entero control. No se trata ya de buscar en otro, de pagar el precio de esa articulación con otro, de negociar la estadía en el deseo del otro, se trata de armar un fantasma,

una mentira de apoyo. De establecer un principio, como Gödel para construir una entera dimensión que llamaré yo mismo(a). La Moda, participa de este escape y lo rentabiliza en la certeza de que el marco fantasmático es frágil. Lo empuja, lo presiona hasta que, ante el horror de la realidad, el yo cede y parte en nuevas búsquedas para sus apoyos fantasmáticos. Nadie quiere la pesadilla de la muerte. Estamos todos coludidos con olvidar ese “detalle”.

Cuando la Moda se propone como un juego, no solo de competencias, o de imitaciones verticales (Simmel, 1988); o de progreso innovador (Baudrillard, 1989); de derroche ostensible (Veblen, 1987); de decreto inclusivo (Flugell, 1964); de propiedades distintivas (Bourdieu, 1988); de consumo fetichista (Lipovetsky, 1990); de asistente del capital erótico de un cuerpo (Moreno, 2016) y se integra sin someter al soma a tensiones que patologizan, se convierte en diversión, en juego gozoso. Un ir y venir en la cancha entre conservar y subvertir órdenes que incrementan el potencial de sobrevivencia de los grupos humanos. Los fantasmas son tanto lo establecido como Ley, así como el intento de transgredirla y la Moda muestra esta tensión, la tensión del gran fantasma del cual son hijos los fantasmas particulares de cada individuo. La Moda es capaz de manipular este vacío central como una dama que promete un llene, pero luego hace vivir el vacío. Esto ocurre tanto a nivel simbólico como en las prendas mismas. Propone redes con orificios abiertos que muestran y exponen la piel del soma y luego rellenes de brillos que interceptan la luz y cubren la piel.

El fantasma porta una fantasía imposible, es decir va más allá de la ficción, la cual se apoya en parte en alguna verdad, la fantasía es capaz de engañar, de mentir. Si uso la camiseta de Messi, en parte soy Messi cuando entro a la cancha y puedo jugar mejor. El fantasma es una construcción psíquica común y particular.

La psique es espejo, no solo imagen sino rodeo que hace volver a sí lo que falta para que sí devenga sí mismo (André Green, 2005).

La Moda le otorga significantes al Sujeto, le permite sostener ese destino fatal sobreviviendo con suficiente dosis de realidad/fantasía. La diferencia con el Arte estaría en que el Arte irrumpe desfachatado, nos abre sin consideraciones los cubos de basura, nos muestra los trozos de cadáveres que la Cultura deja a su paso. Nos provoca un shock. No nos cuida la fantasía. Ambas participan en la ocurrencia emergente de los fenómenos inaccesibles, inconscientes, llevando el soma al sema.

El fantasma, igual que la indumentaria, tendría una función protectora. Una defensa contra la castración del deseo, ejecutada por la Ley en manos de quienes nos aman. Esta prohibición compartida inaugura el Sujeto. Lo desplaza hacia la búsqueda de otras formas de satisfacción del deseo que estén conforme con las leyes de su comunidad. Esta reglamentación es la de un juego que se aprende de forma intuitiva y por ensayo-error.

El vestuario entonces surgiría en estas búsquedas, situadas en el registro de las defensas, que tanto un individuo como una comunidad realizan para poder sostener el deseo. Como se entiende el espacio de esa falta primordial es el sector del juego que hace posible la creación de una forma de vida que incorpore una dimensión simbólica y permita la solidaridad-sobrevivencia.

Vestirse forma parte de una escena imaginada. Tiene algo de sueño, de creación personal cinematográfica nocturna. Y en ese sentido tanto como los síntomas, los lapsus o el chiste muestran en la superficie el inconsciente de ese Sujeto. Comunican no solo una imagen deseada o temida sino la estructura de esa imagen (lo simbólico que hay en ella). La imagen le aporta belleza, a la exposición de alguna unidad significativa. Hay una lógica que quiere ser comunicada. No se trata de la materialidad solamente sino de una clase de información, que calza con ideologías circulantes, la que se convierte en mercancía. Incluso la propia materialidad misma se transa como un bien (“mis sombreros son hechos de trigo que planto en mi parcela”) y al contener información relevante por el calce con ciertas ideologías puede ser mercantilizada (“y son 20 artesanas que hablan con mis clientas”). El bien, el objeto transable, es, en realidad, inseparable de las actividades que lo sostienen. Es un esquema de decisiones (castraciones) agregadas que toman valor envolvente en los pliegues del significado al ser actualizado en esa forma, en ese material, en ese momento.

El fantasma, el que muestra deseos inconscientes es una construcción del Sujeto, esa unidad desde la cual pensamos y nos pensamos. La que se construye en el juego común. La Moda, como el juego, es dinámica, inmediata, está a la mano, ocurre en tiempo presente. Es un índice, un indicativo de ese fantasma común. Moda y fantasma se intercambian. Y así cuando la Moda ya lo representa, este huye hacia otra representación. Hay una cadena de efectos por donde se desliza el deseo haciendo este intercambio. ¿Y el Sujeto? El Sujeto se apoya en el fantasma, se protege con él de la pérdida.

Este juego donde podríamos instalar la Moda es un juego de acciones, previo a la cultura del pensar. Un juego del hacer. El proceso creativo detrás de las tendencias en vestuario no requiere de un estudio sociológico ni antropológico para concretarse. Ocurre en la dimensión del hacer irreflexivo. Más que *Homo sapiens* u *Homo faber* es un *Homo ludens* quien lo ejecuta. No toma decisiones, no reflexiona, Se trata más bien de un conocimiento en acción (Varela, Maturana, 2023) un espacio no dualístico, arcaico, previo a la religión que ya divide entre sagrado y profano. Más bien el juego es metonímico, es decir se designa una cosa por otra. Aunque ambas tienen alguna contigüidad no se representan. Si llamo hawaiana a un calzado de playa. Sustituyo un gentilicio por un tipo de calzado con el cual me “disfrazo” y ahora “soy” una mujer hawaiana. Como si Sujeto y Objeto estuvieran contiguos y el objeto fuera capaz de no-construir el Sujeto. Este filón es el que la Moda ha tomado ayudándole al Sujeto en su tránsito desde el soma al sema.

En conclusión, la Moda es una parte relevante de la dimensión social que se genera al hacer comunidad. No se limita a satisfacer necesidades fisiológicas, sino que desempeña un papel central en la construcción de la identidad, la expresión de deseos conscientes e inconscientes, y la comunicación de una lógica (simbólica) subyacente entramando fantasías, materialidad, formas y actualizando o proponiendo contextos.

La Moda se presenta como un juego en el que se crean y subvierten normas. A través de este juego, la sociedad busca llenar el vacío primordial con la creación de significados. La Moda actúa como un síntoma de la cultura, mostrando lo indecible y representando el malestar o los sueños del colectivo. La Moda se presta para comunicar ideologías y es capaz de convertirlas en mercancía adquirible y desechable.

La Moda se manifiesta como un juego de acciones, una forma previa a la cultura del pensamiento reflexivo, donde el Sujeto transita desde la percepción de su cuerpo (soma) hacia la construcción de su identidad (sema). Es un conocimiento en acción siguiendo el axioma, todo hacer es conocer. Esto le permite al individuo explorar identidades, integrarlas, experimentar la transformación de su ser mientras elige prendas y accesorios.

La Moda entonces no solo sería esa epidermis de contacto y comunicación de una colectividad sino la forma de escribir su historia, conflictos y sueños. Moda e identidad son una rueda que se muerde la cola y en el torbellino que crean con su aceleración atraen tantas disciplinas como mercaderes. Un vórtice voraz. Al que la crítica trata de domesticar.

#### Referencias:

- Baudrillard, J. (1989). *La sociedad de consumo*. Plaza y Janés.  
Bion, W. (1997). *La tabla y la cesura*. Gedisa.  
Bourdieu, P. (1988). *La distinción criterio y bases sociales del gusto*. Taurus.  
Crocì, P., & Vitale, A. (2012). *Los cuerpos dóciles*. La marca editora.  
Flugell, J. C. (1964). *Psicología del vestido*. Paidós.  
Green, A. (2005). *La causalidad psíquica*. Amorrortu.  
Lacan, J. (2001). *Seminario uno*. Paidós.  
Lash, S. (2005). *Crítica de la información*. Amorrortu.  
Lipovetsky, G. (1990). *El imperio de lo efímero La moda y su destino en las sociedades modernas*. Anagrama.  
Moreno, J. L. (2016). *La cara oscura del capital erótico*. Akai.  
Perry, B. (2017). *Al chico que criaron como perro*. Capitán Swing libros.  
Saltzman, A. (2019). *La metáfora de la piel*. Paidós.  
Simmel, G. (1988). *Sobre la aventura ensayos filosóficos*. Península.  
Varela, F., & Maturana, H. V. G. (2003). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*. LUMEN / Editorial Universitaria.  
Veblen, T. (1987). *Teoría de la clase ociosa*. Hyspamérica.  
Zizek, S. (2011). *El acoso de las fantasías*. Siglo XXI.

## ARTÍCULO

**(IM)-POSTURA TERAPÉUTICA, ¿APERTURA CREATIVA?**

Ps. Claudia Barrueto S.

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta psicoanalítica adultos y supervisora clínica programa de Trastornos de Personalidad Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak. Magíster Sociedad Chilena de Psicoanálisis Ichpa. Postítulo en psicoterapia psicoanalítica Unidad de Psicoterapia Dinámica; I.P. José Horwitz Barak. Docente Universidad Alberto Hurtado.

E-mail: claudia\_barrueto@hotmail.com

Ps. Viviana Larrea T.

Psicóloga Clínica de orientación dinámica, adultos. Supervisora clínica programa de Trastornos de Personalidad Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak. Postítulo en psicoterapia psicoanalítica Unidad de Psicoterapia Dinámica; I.P. José Horwitz Barak.

E-mail: viviana.larrea@gmail.com

Ps. Catalina Scott E.

Psicóloga PUC. Psicoterapeuta psicoanalítica adultos y supervisora clínica. Docente invitada diplomado Universidad Diego Portales y Unidad de Psicoterapia Dinámica. Miembro comité editorial GPU y miembro APPR-Chile.

E-mail: cscottespinola@gmail.com

*¿Qué sería de la vida sin esperanza? Una chispa que salta del carbón y se extingue, o como cuando se escucha en la estación desapacible una ráfaga de viento que silba un instante y luego se calma, ¿eso seríamos nosotros? [...] ¿Quién dice al niño que la madre no le rechazará el pecho? Y ya ves, sin saberlo la busca... Nada vivirá si no tuviera esperanzas.*

(Hölderlin, Hiperión, I.1)

## Introducción

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak antigua casa de orates y ex “Manicomio Nacional”, es una institución ubicada en la periferia de Santiago, fundada en 1852. La mayoría de los antiguos departamentos de pacientes crónicos comenzaron a ser reemplazados por una red de Hogares Protegidos con un aumento progresivo de atenciones a pacientes ambulatorios. Es en este marco, un establecimiento de tipo asilar donde intentamos desde hace seis años realizar una psicoterapia de grupo de corte psicoanalítico con mujeres diagnosticadas con Trastorno de Personalidad grave quienes son descartadas como “objetos residuales” al ser consideradas intratables por los centros de salud primaria y secundaria por gravedad y reiterados fracasos en tratamientos anteriores.

Desde su infancia han sufrido experiencias de fallas en el ambiente en casi todos los niveles posibles; politraumatizadas relatan experiencias de pobreza, negligencia, abuso sexual y el abandono temprano de uno o ambos padres. Vemos el reflejo en el ámbito relacional de lo que en el mejor de los casos podríamos denominar una psicopatología de los fenómenos transicionales en el manejo de la separación, pérdida y tolerancia a la soledad. Un ejemplo de esto son modalidades relacionales de apego a objetos rechazantes o maltratadores y a vínculos que reeditan experiencias de maltrato, (Fairbairn en Ogden, 2009). Somos testigos de relaciones de amor adictivas y destructivas inmersas en un esfuerzo y demanda inagotable al otro, al intentar separarse experimentan crisis de automutilaciones e intentos graves de suicidio en algunos casos con sus hijos. Bajo la influencia de tales experiencias afectivas actúan impulsivamente, las capacidades de reflexión, comprensión cognitiva y comunicación verbal de estados internos son prácticamente nulas a la hora de conectar o enlazar estados internos con experiencias traumáticas del pasado. Asistimos a la activación de agonías probablemente precoces en el desarrollo temprano, así como la alternancia de estados regresivos con presencia de fenómenos psicóticos y/o alucinatorios, estas angustias de derrumbe acompañan al sentimiento ocasional de no importar estar vivo o muerto.

1- Fairbairn, (1944) describe las relaciones entre vínculos de desprecio y la relación del saboteador interno con el ego libidinoso y el objeto excitante, en la repetición de relaciones de objeto vinculadas al trauma.

Como advierte Winnicott, el pasaje desde estados de agresividad más vital a estados primitivos de amenazas de aniquilamiento o estados en los que no hay esperanza, moviliza agonías primitivas propias de la etapa de dependencia absoluta. (Winnicott, 1956). Adicionalmente vemos a cuidadores primarios que se ven imposibilitados de cuidarlas, similar a lo que Fairbairn denomina traumas en relación al desarrollo psíquico temprano “la dependencia absoluta de una madre que es inhábil para amarlo es una experiencia afectiva que es singularmente devastadora”. (Fairbairn, 1944 p.113). Para Fairbairn este tipo de relación del infante con la madre es traumática en diversos grados por el hecho de depender de una madre cuya capacidad de quererlo se ha visto imposibilitada.

Pretendimos trabajar con nuestra praxis psicoanalítica usual y con algunas de estas ideas asumimos la labor. La comunicación es difícil y se nos impulsa continuamente a la acción, en términos psíquicos vemos patrones mentales ritualizados y pensamientos estáticos que experimentamos como una psiquis en cautiverio. Un olvido sistemático de pseudo-elaboraciones que van dando lugar a sesiones y temas olvidados, cayendo con frecuencia en una comunicación fragmentada y una malinterpretación del lenguaje. La disociación o la escisión generalmente alternan con una mínima capacidad de descripción verbal de los estados subjetivos y la capacidad de mirar hacia fuera y a los otros es muy limitada. Estos aspectos han sido interpretados como posibles ataques a la función vinculadora de la emoción y pensamiento con un predominio como diría Bion de la parte psicótica de la personalidad, (Bion, 1957) lo anterior, es similar a lo señalado por Green quien advierte una posición fóbica central del trauma en el paciente fronterizo. Green describe un miedo central a que se active una situación traumática, lo que fuerza a retirarse regresivamente de un contenido mental concreto o a anticipar defensivamente sus consecuencias en una actitud constante de necesidad de escapar de cualquier reconocimiento traumático de su experiencia psíquica. Es decir, los esfuerzos por parte del terapeuta para ayudar al paciente a ser consciente de esa experiencia psíquica o representarla, podrían convertirse eventualmente en un acontecimiento amenazante o traumático en sí mismo (Green, 2000).

Comenzamos a experimentar sistemáticas dificultades y limitaciones en las interacciones únicamente basadas en el lenguaje o el silencio. Nunca develamos el odio contratransferencial suponiendo que podría dañar o retraumatizar, a expensas de lo que Winnicott considera en el artículo de 1947, “Odio en la Contratransferencia”. En su opinión, y especialmente con pacientes graves, no se debe obviar la capacidad de odiar del propio analista. La verbalización del odio es útil y necesaria cuando el proceder del paciente resulta intolerable.

En este contexto, empujadas por una sensación de saturación psíquica, un deseo de desechar al grupo y no perseverar en la tarea, sumado a la desesperanza y exigencias de la institución, decidimos sin mucha reflexión incluir técnicas de otras disciplinas como Arteterapia y Terapia Ocupacional.

En principio esto lo interpretamos como una puesta en acción, un uso actuado de la contratransferencia como escenificación de la problemática; ser un objeto que rechaza y no metaboliza, reeditando primeras experiencias de falla y vacío, según Balint, “estamos convocados a asumir el papel traumatizador, son situaciones en las que traumas de abandono y desatención se repiten” (Balint en Cazorla, 2007 y Rhim, 2013).

## I. Buscando mirar a partir del verdadero Self

Examinando este mismo hecho fruto de la reflexión y supervisión desde la perspectiva winnicottiana, transformamos y reinterpretamos nuestra actuación como una actuación creativa. Una salida imaginativa y lúdica, no solo traducida en la aceptación inapelable o reedición del rol propuesto por el grupo, sino también, mirar el mismo hecho como posibilidad para generar espacios de expansión y relaciones distintas para todo el grupo.

---

2- Bion, (1957) en Volviendo a pensar, establece una diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas, esclareciendo la importancia de considerar que ambos estados coexisten en el psiquismo.

Una posible interpretación desde el vértice de Winnicott, sería pensar que el conservar una actitud o *postura psicoanalítica*, manteniendo una actitud pseudocomprensiva y tranquila pero con estado de irritación permanente con el grupo, es más propio de una impostura falsa propia del falso self del terapeuta, el analista obligado a impostar un saber técnico no apropiado sino más bien reproducido.

Lo anterior es viable de ser pensado como un sistema de defensas de un estado afectivo vinculado a lo que Ferenczi denomina "hipocresía profesional":

*"Hay un intento de simbolizar o ligar afectos que por su intensidad son difíciles de traducir y contener sin expulsar, estos tienen efectos en la psique y soma de ambos. Damos asociaciones, y le prometemos escucharle atentamente y consagrar todo nuestro empeño a su bienestar. En realidad puede ocurrir que algunos rasgos del paciente, nos sean difícilmente soportables, o incluso que sintamos que la sesión aporta una perturbación desagradable"* (Ferenczi, 1932, p.2).

A posteriori nos dimos cuenta que con la rigidez del sistema terapéutico, podríamos estar contribuyendo a la repetición de la mente en cautiverio de la relación asilar. La rigidez de la actitud pseudo comprensiva puede ser evidentemente percibida por los pacientes, Ferenczi advierte: *"Llegué poco a poco a la convicción de que los pacientes percibían con mucha finura las tendencias, simpatías y antipatías del analista, incluso cuando éste era inconsciente de ellas"* (Ferenczi, 1932, p. 3). La pérdida de la espontaneidad en el terapeuta podría favorecer estos estados de desconexión con la realidad y el interés por conectarse con el mundo externo.

A raíz de esto, las nociones de descarga, desecho y acting se transforman tomando el vértice de lo espontáneo, pensado como la más genuina expresión del self de los terapeutas y del *"verdadero self en acción"*. Lo que es un acting desde una perspectiva, para esta otra mirada sería una ventaja. Explorar, descubrir y habitar el mundo es un gesto espontáneo y una salida creativa más propia de la originalidad, una salida hacia el terreno de juego y el campo creativo. En *Realidad y Juego* (1971), Winnicott señala que *transformar en terreno de juego el peor de los desiertos*, es el destino de la psicoterapia, pues se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y del terapeuta, se relaciona con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo (Winnicott, 1971, p. 40).

El énfasis en algunas formulaciones teóricas apunta en exceso a la figura de un analista que no pierde la paciencia y no actúa si no que comprende y contiene. Idealmente la interpretación verbal de la transferencia, el señalamiento de defensas primitivas, clarificación de relaciones divididas en idealizadas y persecutorias o la identificación de la ansiedad principal del grupo entre otras posturas, son aspectos técnicos deseables en el tratamiento de estos pacientes. Pareciera no se piensa tan frecuentemente en los terrenos de juego.

Por ejemplo, los periodos de aburrimiento son descritos por (Kernberg, 2003) en el trabajo con pacientes con Trastorno de Personalidad, como funciones defensivas para evitar tormentas afectivas. Son descritos como defensas largos periodos de aburrimiento durante los cuales la conducta rígida y repetitiva del paciente es lo debido de interpretar y esconden una tormenta afectiva. *"El terapeuta debe observar la comunicación verbal y no verbal de la contratransferencia para evaluar y diagnosticar la naturaleza de la relación objetal cuya activación está dando lugar a la tormenta afectiva"* (Kernberg, 2003 p. 2). A diferencia de esto, para Winnicott lo aburrido no sería una defensa sino más bien lo fútil corresponde al sin sentido de la vida, al vacío y está ligado a la sumisión y la imitación. Lo vincula a un desarrollo emocional cautivo, donde la persona es incapaz de generar un *gesto espontáneo*.

Para autores como (Bion, 1957) la repetición sin sentido y la perturbación del impulso de curiosidad limitan todo aprendizaje; y la negación del mecanismo por el cual trata de manifestarse hacen imposible el desarrollo mental y son la base del funcionamiento de la parte psicótica de la personalidad.

Es posible pensar que en el terreno de la falta básica (Balint, 1967) y del déficit a diferencia de lo que ocurre en el campo del conflicto, la transformación en símbolo es menos frecuente y de difícil acceso. Para Winnicott la formación de símbolos, el pensamiento y la creatividad tienen una vinculación directa con la calidad y cantidad de la formación de un ambiente en las primeras etapas de la existencia (Winnicott, 1972) y con el papel de la madre en la frustración y separación suficientemente buena. Esto es fundamental en el desarrollo del pensamiento y la apertura y tensión hacia el mundo exterior con el consecuente desarrollo de la mente y nuestra capacidad de relación con los otros. Esto es similar con diferentes énfasis a la función de la frustración en Freud (Los dos principios del acontecer psíquico, 1911) y Klein (La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo, 1930). Siguiendo esta línea, el arte y el juego podrían ser vistos como un medio relativo a facilitar esta tensión hacia el mundo exterior. Winnicott señala que existe un espacio tercero que no es yo ni afuera sino más bien una tensión entre el sujeto y la cultura, este espacio donde se crea y se toma distancia, separa y modula la relación con el otro, la madre y el mundo, es la zona intermedia que permite jugar, crear, soñar y curiosar, vale decir, mirar hacia afuera de uno mismo y participar de ambos mundos (sin preguntarse por cierto en cual se está).

## II. Objetos encontrados

Luego de algunas de estas elaboraciones pensamos que al instalar una experimentación-reflexiva facilitaríamos un medio de apertura hacia el exterior y una posibilidad de expansión mental para el grupo, integrando más sistemáticamente al trabajo disciplinas artísticas afines a la psicología que tienen acercamientos únicos y particulares hacia la disfuncionalidad y el dolor psíquico.

La asistencia del grupo a un Taller de terapia ocupacional fue el primer movimiento psíquico pero también concreto. Se planteó como un espacio de entretenimiento y disfrute pero también como una vivencia de desconexión de la problemática personal, ofrecer y ocupar un lugar y posición distinta encontrándose con aspectos creativos y sanos de sí mismas. Aventuramos que, en un contexto distinto, donde no se explicitara permanentemente el trauma, sería posible experimentarse de otra manera, como alguien creativo, colaborativo, alguien que enseña, que aprende, que da y que recibe. Esto según Winnicott (Winnicott, 1971) sólo puede ocurrir en un entorno seguro, cuando se cumplan las condiciones de espacio potencial. Paulatinamente se incluyeron sesiones quincenales de Arte Terapia conducidas por una terapeuta con esta formación y el resto del equipo ofreciendo un nuevo lenguaje para la expresión emocional. Los teóricos del arte terapia (Malchiodi, 2003 en Rhim 2013) han resaltado que los procesos creativos y el arte pueden ser de ayuda para elaborar temas significativos porque ofrecen un nuevo lenguaje a través del cual comunicarse, no sólo con otros, sino también con uno mismo y proveer de un espacio suficientemente bueno para la experiencia creativa. Winnicott es enfático cuando propone que *“la vida es digna de vivirse cuando la creatividad forma parte de la experiencia vital del individuo”* (Winnicott, 1971, p 93). En la terapia de arte, el dolor se exterioriza a través de la creación artística, a la vez que se utiliza el potencial transformador del arte (Marxen, 2011, p 239-246).

Este espacio de exploración fue jugando también con nuestra propia transformación, nos atreveríamos a desautorizar la jerarquía, participando con mayor simetría, atentas y expectantes a otras maneras de hacer, formando parte del taller en un mismo nivel de acción. La confianza también es vital para Ferenczi: *“La capacidad de admitir nuestros errores y de renunciar a ellos, así como la autorización de las críticas, nos hacen ganar la confianza del paciente. Esta confianza es algo que establece el contraste entre el presente y un pasado insoportable y traumático”* (Ferenczi, 1932, p. 3).

En Arte Terapia, según Fiorini, el papel del terapeuta es “simplemente” acompañar y apoyar a los pacientes de manera que puedan encontrar su propia forma de expresión personal, de acuerdo con sus propias posibilidades, capacidades y biografías singulares (Fiorini, 1995 en Rhim, 2013), sin juzgar, ni evaluar la producción artística, sino que “simplemente” ofreciendo un entorno donde sentirse seguro y confiado para elegir. A las dolorosas relaciones interpersonales de las pacientes marcadas por la ira y el sentimiento de incompreensión y devaluación por parte de los otros, se ofrecía una posible alternativa, la relación esta vez sería con el medio externo, la proyección de emociones intensas estarían sobre el objeto de arte, o la actividad.

Como herramienta final y con el propósito de mirar hacia afuera utilizamos la técnica “Objetos Encontrados”, en esta, el terapeuta propone al grupo salir y buscar–encontrar un objeto en la calle o varios que llamen su atención, con los que se identifiquen, y traerlos a la próxima sesión para compartir el motivo de elección y transformarlo. Brooker sugiere útil esta herramienta ya que *“A través de mirar en la calle, en el barrio, e identificarse con un objeto inicialmente de desecho que luego será transformado se podría traspasar la dolorosa barrera psicológica con el mundo exterior”* (Brooker, 2010, p. 2). La consigna es mirar afuera, caminar, recorrer, empujando a los miembros del grupo hacia el mundo externo, volver la mirada desde el adentro aislado o encerrado hacia un afuera compartido, promoviendo conexiones entre el mundo externo y el interno, provocando identificaciones y nuevas representaciones.

Si bien el trabajo objetos encontrados tiene un carácter preliminar y exploratorio, hasta el momento los objetos que escogen y traen a la sesión grupal; fotos de un ser querido, adornos preferidos, imágenes religiosas, son objetos conocidos y familiares cargados de significaciones personales, lo que muestra que aún no es posible salir del entorno privado, todo fue encontrado dentro de sus casas, en los espacios reducidos en que viven, la cocina, la pieza...etc., no en la calle, dando cuenta de un mundo interior clausurado o quizás más despoblado de experiencias.

Suponemos que un trauma relacional temprano ha afectado el sustrato implícito que sostiene el acto creativo, el objeto encontrado se puede pensar en principio similar al de Winnicott donde cada objeto es un “objeto creado-encontrado” (Winnicott 1971, p. 101). Dada la oportunidad, el bebé comienza a vivir creativamente, y a utilizar objetos reales para ser creativos en y con otro. Si se niega esta oportunidad, entonces la capacidad para jugar en el espacio potencial de “experiencia cultural” y las conexiones con el medio ambiente también son negadas. La dificultad de mirar afuera la relacionamos a lo que Winnicott denomina “Gap” como la falta de espacio psíquico y borramiento, el destejer de los lazos hacia el afuera con el fin de evitar el contacto con el mundo, lo que implica un espacio en blanco, un hueco.

Hasta ahora no ha habido una apertura en términos de encontrar un objeto de desecho en la calle como es la premisa de esta técnica, con la cual hemos querido trabajar siguiendo a Fairbairn, quien destaca que *“el tratamiento psicoanalítico y la relación terapéutica debe establecer puentes para que el paciente acepte los sistemas abiertos de la realidad exterior versus los sistemas solipsísticos de su mente”* (Fairbairn, 1958, p.385). En este caso estos puentes aún están en vías de construcción, por ahora ha sido un espacio de sosiego, expresión y conexión entre los miembros del grupo. Turner, Lovell y Brooker (2011) sostienen que el arte puede convertirse en una tercera posición que triangula conexión entre los individuos. Esta capacidad de conectarse a otro individuo a través de un tercer objeto como el arte o la actividad alivia este dolor. La clave es que la conexión se basa en el medio externo y no en la complejidad de la emoción que se proyecta entre los individuos. Ofrece una oportunidad más viable que el diálogo centrado sólo en el tsunami de emociones y sentimientos que podrían llevarse a cabo dentro.

### Algunas reflexiones finales

Cuando el sufrimiento y la angustia son intensos y crónicos muchas veces la palabra no alcanza y el mirar afuera, el disminuir la llamada comunicación en acción o pensar en tener una existencia creativa es una tarea muy difícil. Para ser creativa, una persona tiene que existir y sentir que existe, no en forma de percatamiento consciente, sino como base de su obrar.

Vemos en las y los pacientes una tendencia a la presencia de tormentas afectivas o ataques a los intentos de significación simbólica de estados pasados de angustias y terrores quizás indigeribles en estados de necesidad primaria, *“es una angustia muy primitiva, muy real y muy anterior a cualquier angustia en cuya descripción intervenga la palabra muerte”* (Winnicott, 1958, p. 402). Nuestro interés en intentar promover la continuidad de este y otros abordajes, incluye la posibilidad de brindar con éxito o sin éxito un espacio posibilitado para ser persona y no desecho, posibilidad que incluye un respeto por la dignidad humana que tiene que ver con la dimensión ética de lo creativo, ser coherente entre nuestro ser y nuestro quehacer.

La práctica analítica, en tanto se dirige a un sujeto, requiere que el terapeuta posibilite un espacio que permita la emergencia de la singularidad del sujeto. No hay ningún punto técnico en el psicoanálisis donde las cuestiones técnicas no se vinculen con la cuestión ética.

El sufrimiento humano implica una situación particular en cada sujeto y la posición ética del psicoanálisis, decimos con Badiou, no debe renunciar jamás a buscar, en cada situación, una posibilidad hasta entonces, inadvertida. Y aunque esa posibilidad sea ínfima, lo ético es movilizar, para activarla, todos los medios intelectuales y técnicos disponibles. Sólo hay ética si el profesional confrontado a las apariencias de los imposibles no deja de ser un creador de posibilidades (Badiou, A. 1984 en Gómez, 2004).

El vertedero social en que se transforma el hospital psiquiátrico, creemos también es un problema para el psicoanálisis, pensar cuales son las condiciones de posibilidad para la praxis del psicoanálisis en la institución psiquiátrica es relevante, ya que en ocasiones opera de una manera en que rompe su lazo con la cultura y funciona como un lugar residual de personas residuales. En una institución vocera y receptáculo del enfermar social los terapeutas nos vemos enfrentados a sentimientos intensos de desgaste y enclaustramiento y cansados abandonamos la Institución.

Buscar en esta técnica en la que se intenta transformar y dar uso artístico al objeto de residuo y al desecho destaca como una salida posible. Pensamos que jugar con técnicas de ésta y otras disciplinas con el fin de utilizar su funcionalidad para encontrar caminos y puentes en estados fronterizos o psicóticos graves, podría facilitar en conjunto con la palabra, estaciones que permitan zonas intermedias, microsaldas o microventanas que pudieran resultar un poco menos amenazantes para el funcionar psíquico de los pacientes, transitando hacia minúsculos accesos a la transicionalidad, espacio cultural y el juego.

Desde esta perspectiva no es únicamente el arte en sí mismo con el fin de simbolizar algo no simbolizado, si no por la función concreta de salir de sí mismo y mirar hacia fuera. *El acto habitualmente mal mirado pondrá en juego lo que no puede ser dicho, no solo por un déficit de lo simbólico sino por su estructura misma, por su estilo de comunicación.* El acto visto en oposición al lenguaje, versus una manera de comunicarse característica de este tipo de pacientes y entendida como su manera principal de contacto con el otro.

*Ir desde la esterilidad de la certeza hacia la fecundidad de la incertidumbre* (Mac-Neef, 1991).

Agradecemos a Mariana González, Médico-Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico, a Ps. Andrea Rhim, miembro APPR-Chile y a Alejandra Amirá, terapeuta ocupacional Hospital Psiquiátrico por su apoyo, experiencia y colaboración generosa.

#### Referencias:

- Badiou, A. (1984) en Gómez, M. (2004) *Práctica del Psicoanálisis y Posición Ética* recuperado de <http://www.aesthetika.org/Volumen 1 / Número 1>.
- Balint, M. (1967) *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión.* 1967, Editorial Paidós, Barcelona.
- Bion, W. (1997) *Aprendiendo de la experiencia.* Barcelona, España, Editorial Paidós Ibérica.
- (2006) *Volviendo a pensar.* Buenos Aires, Argentina, Editorial Hormé.
- Brooker, J. (2010) *Found objects in art therapy*, International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape, 15:1, 25-35, DOI: 10.1080/17454831003752386.
- Fairbairn, R. (1944). *Endopsychic structure considered in terms of object-relationships.* In: *Psycho-analytic studies of the personality*, 82-132. London: Routledge & Kegan Paul, 1952.
- Ferenczi, S. (1932) *Confusión de lengua entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión.* En 'Psicoanálisis', Obras Completas, tomo IV: 1927-1933. Edición en español de 1984 Madrid: Espasa-Calpe.
- Freud, S. (1911) *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico.* Obras completas, Vol. XIV. Madrid, España, Editorial Amorrortu.
- Gómez, E. (2013) *Trauma relacional temprano, hijos de personas afectadas por traumatización de origen político*, Santiago, Chile, Editorial, Universidad Alberto Hurtado.
- Green, A. (2000) *The central phobic position: A new formulation of the free association method.* International Journal of Psychoanalysis 81:429-451.
- Hölderlin, F. (1998). *Hiperión, o el Eremita en Grecia.* Madrid: Ediciones Hiperión.
- Kernberg, O. (2003). *La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline.* Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, (15), 3.
- Klein, M. (1930) *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*, En Klein, M. Amor, culpa y reparación, Obras completas Vol 1. Buenos Aires, Argentina, Editorial Paidós.
- Marxén, E. Phil. *C.Pain and knowledge: Artistic expression and the transformation of pain* The Arts in Psychotherapy 38 (2011) 239-246.
- Mac-Neef, M. (1991) *El acto creativo recuperado* de <https://es.scribd.com/doc/49064620/El-Acto-Creativo>.
- Morgan, L., Knight, C., Bagwash, J., & Thompson, F. (2012). *Borderline personality disorder and the role of art therapy: A discussion of its utility from the perspective of those with a lived experience.* International Journal of Art Therapy, 17(3), 91-97.
- Ogden, T. (2010) *Why read Fairbairn?* Int J Psychoanal 91:101-118.
- Rhim, A. (2013) *“Algunas reflexiones sobre arte y enactment: ¿qué tan cerca están el uno del otro?”* Presentación en la Conferencia Anual de la Asociación Internacional de Psicoanálisis Relacional: “Encuentro de tradiciones: campo, vínculo y matriz en la teoría y práctica psicoanalíticas”.
- Sandler, J. (1976) *“Contratransferencia y respuesta de rol”.* Intern. Rev. Psychoanalysis 3:43-47.
- Turner, K., Lovell, K., y Brooker, A. (2011) *“And they all lived happily ever after: ‘recovery’ or discovery of the self in personality disorder?”* Psychodynamic Practice 17(3):341-346.
- Winnicott, D. (1949) *Hate in the counter-transference.* Int. J. Psychoanal., 30:69-74.
- (1956) *Preocupación maternal primaria.* En Winnicott, D. *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (p.404, 412) Buenos Aires, Argentina, Editorial Paidós.
- (1958) *Capacidad para estar a solas.* Int. J. Psycho-Anal, 39: 416-420. (1970) *Vivir creativamente.* En Winnicott, D. *El hogar nuestro punto de partida.* Ensayos de un psicoanalista Barcelona, España Editorial Paidós.
- (1971) *Objetos transicionales y fenómenos transicionales.* En Winnicott, D. *Realidad y juego.* Barcelona, España, Editorial Gedisa.
- (1989) *Exploraciones Psicoanalíticas I, “El Miedo al Derrumbe”* (1974). Buenos Aires, Argentina, Editorial Paidós.
- (1971) *La creatividad y sus orígenes.* En Winnicott, D. *Realidad y juego.* Barcelona, España, Editorial Gedisa.
- (1995) *Realidad y juego.* Barcelona, España, Editorial Gedisa.





## RESEÑA DE LIBROS

# LA RELEVANCIA DE LA VERGÜENZA EN EL DESARROLLO PSÍQUICO. REFLEXIONES A PARTIR DEL LIBRO “TEORÍA DE REGULACIÓN DEL AFECTO: UN MODELO CLÍNICO” DE DANIEL HILL

Solange Coddou Kompatzki

Psicóloga U. de Concepción, Psicóloga Clínica acreditada. Magister en Psicología Clínica UDD. Docente y supervisora clínica. Miembro APPR Chile.  
E-mail: solcoddou@yahoo.es

Al leer este libro, que logra una integración clara y exhaustiva de las últimas investigaciones sobre apego y regulación afectiva, me pareció muy relevante la exposición teórica en torno a la vergüenza y su impacto en el desarrollo del psiquismo. Quiero destacar esas ideas pero no sin señalar la estructura del libro y los principales temas que aborda el autor, logrando la desafiante tarea de integrar los últimos aportes teóricos y clínicos que nutren su modelo.

La teoría de la regulación del afecto, que explica la forma en que las personas desarrollan la capacidad para regular sus diversos estados emocionales, ha sido un aporte importante para la psicoterapia. En este libro, Daniel Hill describe cómo y por qué la regulación afectiva es fundamental para un funcionamiento sano del psiquismo, tomando las bases de la teoría del apego, elementos del trauma del desarrollo, los procesos implícitos y la neurobiología, con los aportes de los principales teóricos como Allan Schore, Daniel Stern y Lewis Aron. El autor desarrolla la manera en que el trauma emocional en la infancia es resultado de estados prolongados de desregulación, y describe, detalladamente, las consecuencias psicológicas de los estados de disociación temprana.

Me resultó de gran interés el rol protagónico otorgado a la vergüenza como emoción fundante del desarrollo de la regulación afectiva. El autor plantea que todos los patrones de apego inseguro implican una incapacidad para regular y procesar la vergüenza, y que, la vergüenza disociada, sería una característica fundamental de todos los trastornos de la personalidad, resultante de las marcadas deficiencias en la regulación del cuidador. En tanto en los estudios del trauma ha sido más frecuentemente estudiado el impacto del miedo en la patogénesis en general, me parece relevante detenerse en el impacto de la vergüenza y su regulación durante el desarrollo.

Bajo la concepción de autores como Alan Shore y Hellen Block Lewis, destaca la vergüenza como una experiencia global de desesperanza e impotencia, en la que el self completo se siente devaluado y rechazado. El infante pasa abruptamente de un estado de alegría o actividad enérgica a un estado de paralización. Plantea que las experiencias repetidas de vergüenza, sin la posterior regulación del cuidador, sentaría las bases de la inseguridad en el apego. Por otro lado, la capacidad del cuidador de tolerar la propia vergüenza y modular sus estados de disgusto y enfado, le permite restablecer la conexión psicobiológica con el infante y generar en él expectativas de conexión, lo que disminuye el impacto de la vergüenza y refuerza el vínculo de apego seguro. Esto implica que el afecto amoroso en el vínculo actúa como un espacio comprensivo del acto potencialmente avergonzante para el niño, atenuando el impacto de la experiencia negativa del self, e integrando la falla como algo tolerable, o como un aprendizaje necesario que sienta las bases de los límites en la identidad. Repetidas vivencias de una corrección amorosa permiten integrar adecuadamente la inevitabilidad de la falla, sin que se experimente como un defecto total del Self. Como lo plantea Kohut, las fallas empáticas de los cuidadores primarios favorecen la desregulación de la autoestima, llevando a que en la adultez se manifieste sobre o subestimación de sí mismo. Vemos ahí una de las bases de la psicopatología del déficit.

Hill plantea cómo en el segundo período crítico del desarrollo, que va entre los 12 y 18 meses aproximadamente, el bebé se vuelve móvil y aumentan las interacciones con la madre con falta de sintonía, y con mayor estrés mutuo. El niño se expone más seguido a situaciones donde debe ser frenado, ya sea por su alta actividad y demanda, o por incurrir en situaciones de riesgo. El libro describe cómo en esta etapa, la regulación de la vergüenza ocupa un lugar central. El cuidador debe por un lado estimularla moderadamente para luego regularla, siendo esto la base del autoestima y un estímulo a la auto corrección. Estimularla levemente en el sentido de que el niño pueda percibir que hay ciertas conductas que son riesgosas, o molestas, y que se le lleve a frenarlas o moderarlas. Que el niño sienta mucha vergüenza sin la posterior contención y aceptación, genera la internalización de un self defectuoso que es objeto de tanto dolor en la infancia y luego en la vida adulta. Que un niño no sea expuesto a sentirse un poco avergonzado reflejaría una falta de límites importante, o bien un abandono emocional que puede implicar importantes problemas tanto de autorregulación como en el desarrollo de la preocupación por el otro. De esta manera, la vergüenza moderada sería necesaria para el desarrollo de la tolerancia a los afectos negativos y el paso de un estado desregulado a uno regulado.

Resalta la diferenciación de la vergüenza con la culpa, ambas emociones relevantes en el desarrollo y a veces difíciles de diferenciar. La vergüenza se centraría en el self completo en comparación con los demás, mientras la culpa guarda relación con una acción (u omisión) específica que se ha cometido. Me resulta relevante la asociación de la vergüenza con el “ser” y de la culpa con el “hacer”. La primera como una emoción auto consciente, que genera el deseo de esconderse o arrancar, mientras que la culpa puede ser menos intensa y genera el deseo de corregir el error o la ofensa. En este sentido, según Hill en la culpa habría más reflexión y más distancia del cuerpo, mientras que la vergüenza se experimenta como una emoción más abrupta y visceral, que tiende a paralizarnos. Ambas tienen entonces implicancias diferentes en las relaciones sociales: mientras la vergüenza puede llevar al aislamiento o comportamientos evitativos, la culpa puede motivar conductas reparatorias y de acercamiento al otro. Podemos suponer que estaría hablando de una culpa más depresiva, que pueda generar este impulso a la reparación.

Vemos en la clínica más alusiones en torno a la culpa que a la vergüenza. Al estar la primera más acotada a alguna omisión o asociada a fallas hacia un otro, pareciera que puede ser más fácilmente mentalizada y expresada, ya que probablemente ha habido palabras sobre aquello. También podemos pensar que muchos sentimientos de vergüenza son registrados como culpa: “siento que no soy suficiente para mi pareja y no le doy lo que ella necesita”. Otros son registrados como rabia: “¡hasta cuando sigo haciendo las mismas estupideces!” y gran parte es registrada como miedo a enfrentar situaciones donde se pone en juego la valoración del sí mismo. Quizás al ser una emoción paralizante y totalitaria, tal como se plantea en el libro, no se logra mentalizar como un sentimiento posterior pasado el impacto, como sí ocurre con otras emociones. Pienso que como es una emoción incómoda, pudorosa, totalizante, que concierne a la máxima intimidad, ocupa muy poco espacio en el lenguaje, tanto en los niños como en sus cuidadores (por la no integración de su propia vergüenza). Esto me conecta con el desafío de estimular la mentalización de la vergüenza en la crianza, y no excluirla pensando, por ejemplo, que eso generará más vergüenza. De la misma manera, incluir la expresión de la vergüenza en la terapia constituye una importante oportunidad de poner palabras a un sentimiento vivido generalmente en soledad.

Se plantea entonces la vergüenza como una emoción más egocéntrica cuya tolerancia sería central para el desarrollo de la empatía. El aprender a modularla nos permite romper el egocentrismo, generando la capacidad de aceptación necesaria para un desarrollo integrado del self. De este modo, se observa que el equilibrio entre la vergüenza y el orgullo es delicado y muy relevante en el desarrollo. Lograr una vergüenza moderada es necesaria para la autocrítica y el impulso al cambio, y el orgullo moderado para tener autoconfianza y un buen desarrollo del autoestima, la cual fluctuaría sobre este eje vergüenza–orgullo. Según el autor, la vergüenza disociada generaría estados de orgullo disociado que no permite la integración del self, generando distintos fenómenos patológicos (entre ellos el carácter narcisista). Vemos entonces lo complicado de tener una

falta importante de vergüenza asociada a conductas perjudiciales para otros, como actos disruptivos, falta de límites, abusos, comportamientos deshonestos, y de tener vergüenza en exceso, asociada a inhibición social, falta de logros, fobia social, aislamiento, entre otros.

Una forma de disminuir el impacto de la vergüenza del infante en su desarrollo, puede ser una mirada comprensiva, el sentido del humor, o cualquier acto de conexión emocional que muestre aceptación y elimine la idea del menosprecio o del rechazo. También el acercamiento posterior al acto avergonzante para explicar el sentido del límite recién puesto, del reto o freno que acaba de tener lugar porque tiene algún sentido. Esto implica reestablecer la seguridad del vínculo luego de la ruptura. El niño (y también el adulto) muchas veces cubre sus ojos al experimentar vergüenza, como una forma de esconderse, de no ser visto y, si el cuidador no hace nada, o peor aún, acentúa la falla, el niño queda solo y sin palabras en una experiencia que no logra ser mentalizada y menos aún elaborada, con un efecto abrumador en el sí mismo. Podemos ver una relación recíproca entre el apego y la experiencia de vergüenza. Mientras que la modulación de la vergüenza en la crianza favorece la seguridad del vínculo, el apego seguro facilita la exploración y la vivencia más equilibrada de esta emoción. Un apego inseguro en cambio genera una mayor vulnerabilidad a la vergüenza y a los posteriores sentimientos de rechazo.

La terapia orientada a mejorar la regulación afectiva implica estrategias vinculares que ayuden al paciente a aumentar su tolerancia al miedo y a la vergüenza asociados al trauma relacional, y a que los modelos de trabajo interno, que incluyen expectativas de desajuste y vergüenza, den paso, mediante la experiencia terapéutica, a un modelo interno basado en la confianza y expectativas positivas, junto con una percepción más valiosa del sí mismo. Este cambio implica trabajar el apego inseguro mediante estrategias que apunten al sistema primario de regulación del afecto, lo cual incluye más elementos no verbales que verbales, como son la mirada del terapeuta, el interés genuino, la aceptación y compasión, la exposición del terapeuta, así como la validación emocional implícita y explícita.

Se entiende que las actitudes defensivas van a aparecer en la relación con el terapeuta, sobre todo en pacientes con trauma relacional, como una forma de adelantarse a experiencias de rechazo y así atenuar los sentimientos de vergüenza o el impacto del miedo. En la medida que avanza el tratamiento, las experiencias repetidas de confianza hacia el terapeuta se integran en la memoria implícita, y se convierten en nuevas expectativas del self, ahora con una nueva reserva de recuerdos implícitos. En el libro se detallan elementos neurobiológicos que dan cuenta de cómo ocurre este proceso, en el cual al mejorar el funcionamiento del sistema límbico, disminuye la disociación crónica.

La labor terapéutica, implica entre otros aspectos una conexión vincular que implica enlazar con la relación de apego temprana, y así poder tener transacciones emocionales que activan los mismos procesos que formaron el sistema primario de regulación del afecto. El trabajo terapéutico, según Hill, comienza siendo más bien “descendente”, es decir, desde la corteza hacia el sistema límbico (o desde lo más racional hacia lo emocional, implícito) ya que se está formando el vínculo y los pacientes aún tienen poca tolerancia a los afectos. Es más, el autor plantea que algunas técnicas, como la psicoeducación, ayudan al paciente a entender cómo la historia vital hizo que los mecanismos disociativos sean adaptativos y que no son una falla del sí mismo. En la medida que aumenta la confianza y la sintonía emocional, se trabaja la mentalización de los distintos estados afectivos mientras están ocurriendo, idealmente, al límite de la tolerancia del paciente, quien no debe estar muy excitado ni hipo-excitado. Puede aparecer material abrumador para el paciente, y el rol del terapeuta es caminar a una distancia óptima (tal como la madre suficientemente buena que acompaña permitiendo el desarrollo de la autonomía), que permita la angustia suficiente para facilitar la expresión sin sobre cargarse, acompañando de manera intuitiva y sintonizada. Esto no es tarea fácil, y el estilo de apego del terapeuta entra en juego con el del paciente. Hill da cuenta de las interacciones posibles entre estos estilos de apego en la relación terapéutica, y aborda la relevancia de un terapeuta capaz de identificar y tolerar su propia desregulación para poder retornar a un estado de disponibilidad emocional.

Desde la perspectiva de autores como Odgen, Bromberg y Aron, Hill plantea que los enactments más relevantes en este tipo de trabajo clínico, son aquellos que hacen "sentir el trauma relacional". Esto ocurre cuando un paciente se desregula y expresa un afecto que desregula al terapeuta activando su disociación, por lo cual no logra sintonizar con el paciente para regularlo. Lo que suceda a continuación determinará si esta experiencia es iatrogénica o terapéutica. Si el terapeuta logra captar esta ruptura, organizarse y volver a conectar con el paciente, se transforma en un enactment terapéutico. Es interesante cómo estas transacciones afectivas resultan reveladoras para el paciente, como un momento de entendimiento de algo que ha estado en algún lugar pero que no ha sido sentido. Experiencias repetidas de ruptura y reparación refuerzan la confianza en el vínculo y aparece más fuertemente la imagen de un self coherente y revitalizado.

Me parece desafiante la capacidad del terapeuta de no solo regularse en un enactment, sino de vencer la propia vergüenza para exponer sus sentimientos sobre lo que está ocurriendo entre ambos y devolver al paciente el sentido de coherencia y confianza en el otro. Implica una importante tolerancia y comodidad con la intimidad emocional que requiere permear las propias barreras vinculares y aprender a "estar con" el paciente. Ambos, paciente y terapeuta en el espacio de la sesión, están expuestos a la mirada atenta del otro, lo que sin duda activa la relación con la vergüenza.

No puedo terminar esta reseña sin una reflexión sobre lo que me motivó a escribir sobre estos elementos del libro. Ha sido relevante para mí, en la propia práctica clínica, el transitar desde una relación más complicada con la propia vergüenza al intervenir, a una relación más fluida, que me ha permitido exponerme y disponerme en la relación terapéutica de manera mucho más genuina y espontánea. Transitar desde la inhibición gatillada por la vergüenza de que se note la duda, el no saber, la confusión, a la integración de una vergüenza mesurada que permite fallar porque se sustenta en la confianza en el propio self. Experimentar el alivio que implica integrar la vergüenza en cualquier relación ha sido una poderosa herramienta para la empatía también con los pacientes, al compartir la experiencia que implica incorporar elementos inicialmente vistos como indeseados o despreciables, en una experiencia completa, genuina y compasiva.

---

Hill, D. (2018). Teoría de la Regulación del Afecto: Un modelo clínico. Eleftheria

## COLUMNA DE OPINIÓN

### “EMPEZAR A MIRAR Y MIRARSE CON LENTES VIOLETA”

Marcela Robles León

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta en Centro Interdisciplinario de la Mujer (CIDEM), Socia Titular de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica y Psicoterapia (SCPCP)  
Miembro de la Asociación de Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional de Chile (APPR Chile).  
E-mail: marcelapaz.robles@gmail.com

Decido escribir de Feminismo, en primera instancia, porque se me ha dado la oportunidad y porque creo necesario compartir mi experiencia respecto a cómo siendo mujer y terapeuta he ido “habitando” este, para mí, movimiento político, social y forma de ver el mundo con lentes violeta.

Para hablar de mi experiencia respecto al Feminismo, creo que es importante contextualizar quién soy. Esto lo aprendí en el libro escrito por Nerea de Ugarte López (Directora del área clínica de CIDEM): “La dictadura del amor propio”; situar quién eres al momento de escribir permite expresarse desde un enfoque interseccional, pues la experiencia y posición de cada persona dentro de la sociedad influyen en cómo se perciben y experimentan las diversas formas de opresión y discriminación. Esto permite a su vez, reconocer los privilegios que se tienen, tomando conciencia de ello para así fomentar una comprensión más completa de los problemas relacionados con el Feminismo y la Justicia Social.

Mi nombre es Marcela, soy mujer cisgénero, tengo 35 años, nací y me criaron en San Bernardo, en mi adolescencia viví en Maipú, el año 2010 me vine a vivir a Estación Central junto a mi pareja. Al salir de la enseñanza media, primero estudié Gastronomía y luego de titularme, ingresé a Psicología en la Universidad Santo Tomás (jornada vespertina). Me titulé el año 2016, trabajé en infancia y también en educación. Mientras, en paralelo fui profundizando en el área donde actualmente me desenvuelvo que es la psicoterapia desde el psicoanálisis relacional con adult@s.

Para continuar, considero importante hacer una definición de lo que para mí partió significando el Feminismo y, puedes o no, estar de acuerdo con lo que comparto. Inevitablemente, para explicarlo, recuerdo cuando en julio del 2023 me atreví a escribirle a la Nere contándole quién era y mis ganas de ser parte del centro. Su respuesta fue: “Hola Marcela, ¿eres feminista?” y debo reconocer que esa pregunta ¡me paralizó!, pues pensé: “¿soy feminista?, ¿debo tener un título asociado a esta temática? ¿qué le respondo?” ... y sin pensarlo mucho, le escribí: “...si por feminista te refieres a la igualdad de género, para que las mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades y respeto, pues sí, soy feminista...”. Luego de un par de meses, tuve una entrevista con ella y la Desi (Desiree Pimentel, coordinadora CIDEM) y desde noviembre de 2023 que soy parte de este hermoso equipo de mujeres. Debo confesar que, desde ese momento, mi significado inicial se ha ido complementando respecto a lo que es el Feminismo y también del cómo lo he ido viviendo en cuanto a mi ser mujer y terapeuta. Hoy, para mí es mucho más que tener mismas oportunidades y respeto... es una invitación a poder mirarse y mirar también la propia historia.

Desde que comencé mi proceso como terapeuta acompañando a población adulta, en el año 2019, siempre he realizado la misma pregunta, ¿qué es normal? Y para darme a entender me gusta enfatizar que no podemos olvidar que somos parte de una cultura, de una familia, de un contexto que implica características particulares: territorio, clima, entorno, época histórica y un sinfín de otras peculiaridades que van definiendo nuestra historia. Esa historia que nos va formando, en la cual crecemos y que, muchas veces, por ser parte de nuestro cotidiano, tal vez no nos detenemos a observar. Entonces, ¿qué sería “lo normal”? quizás el conjunto de estos elementos nos ayuda a definir lo que consideraríamos como normal y adecuado en nuestras propias vidas.

Es en este punto, donde siento que he comenzado a sentir la influencia del Feminismo en cuanto a mis relaciones, perspectivas, decisiones y forma de comenzar a mirar el mundo y mi propia historia.

El primer libro de feminismo que leí es “La dictadura del amor propio”. Mientras escribo, lo tengo en mis manos, pues destaqué todo aquello que me fue llamando la atención y movilizándolo desde mi propia historia. Aquí les comparto algunas reflexiones:

### **Del capítulo 2: “El amor propio como un nuevo mandato de género”**

“Nacemos en un contexto sociocultural, nos permeamos de la mirada de quienes nos rodean, nos identificamos con aquellas personas que se vuelven importantes en nuestro desarrollo socioemocional, necesitamos de esos otros para palpar nuestra existencia autónoma y es por lo mismo que el rol que juegan esos otros es estructural en la organización y la dignificación del yo” (De Ugarte, 2022, p. 46).

Leer estas líneas me dolió, me movilizó y también me permitió observar y observarme. Crecí en una familia de tías y abuelas con marcada presencia, soy la única mujer entre mis primos. Recuerdo frases del tipo “yo a tu edad pesaba 40 kilos...”, “te llevaremos al nutricionista no porque estés gorda, sino por salud...”, “cuando tú vas, yo ya he ido y venido varias veces”, “irás al colegio porque el día de mañana cuando te enfermes no podrás faltar a trabajar”, “tus caderas se ven más anchas, ojalá no termines muy gordita como...”, ¿sabrá la gente cuánto pueden impactar las frases que a un ser humano que está en desarrollo le pueden decir? ¡Nunca acepté mi cuerpo! Porque ahora pienso que nunca fue mío y luego de años de estar y seguir en terapia creo que es único, que es maravilloso, que me sostiene, pero que por sobre todo es mío. Esto impactó en cosas que ya venía pensando hace tiempo pero que encontraron palabras en esas líneas, ¿cuántas veces nos hicieron competir entre nosotras mismas? ¿Cuántas veces nos hicieron sentir que una podía tener mayor o menor valor según sus atributos? ¿Cuántas veces no caí yo también en lo mismo mirando a otras mujeres en menos? Hoy, pienso que cada mujer es única y especial: distinta, pero jamás mejor o peor según sus atributos. Esto me ha ayudado también en cómo observo a cada paciente en terapia: como un ser único, donde habita una historia que merece ser escuchada y comprendida. Aquella mujer que tiene, por ejemplo, problemas de autoestima no es que haya decidido deliberadamente “no quererse”, es porque hubo o existe un entorno que, al menos, no la hizo sentir suficiente. Eso, eso duele, pero deseo que mi dolor sea movilizador para poder acompañar de la forma más contenedora, respetuosa y amorosa posible a esa mujer para quien el entorno le falló o no fue lo suficiente.

### **Del capítulo 3: “Nadie nace feminista”**

“Dentro de mis anhelos como feminista, con acceso a la educación y el conocimiento, jamás ha estado la intención de elaborar propuestas teóricas que aspiren, por ejemplo, a ser publicadas en papers para ser leídas o discutidas sólo por la comunidad académica, o libros escritos con lenguajes crípticos y palabras inaccesibles que solo las personas que han tenido un acceso privilegiado o espacios de estimulación lectora logren entender; sino acercar el feminismo a la mayor cantidad de personas que se pueda” (De Ugarte, 2022, p. 57).

¡Soy privilegiada y no lo sabía! Estas palabras han estado gatillando constantemente en mi cabeza, pues me hizo dar cuenta que no todas tenemos acceso a un libro y eso... ¡eso me da rabia! Pues no dejo de pensar en mis mujeres, en mis amigas, en mis pacientes... ¡En todas! Si tan solo por al menos una vez pudiéramos reunirnos y compartir nuestra experiencia del ser mujer y juntas conversar aquello que por años nos enseñaron que no debíamos cuestionar, aquello que a más de una le ha dolido, molestado o simplemente no le ha parecido. Actualmente, confieso que he incorporado y citado en sesión frases de los libros a los que he tenido el privilegio de poder acceder porque pienso que ese acceso puede ser compartido, motivador y cuestionador. No dejo de pensar en que estas reflexiones e interrogantes se puedan compartir en diversos contextos: en la junta de vecinos, en las salas de clases, en la junta familiar... me pregunto también cómo. Por lo pronto, creo que no he dejado de compartir aquello que he ido aprendiendo, sintiendo y observando.

He leído y lo sigo haciendo; cada página que leo creo que intensifica, día a día el color de mis lentes violeta, pues se ha convertido sin duda alguna en una invitación constante a observar mi cotidiano, desde que voy en la micro y el metro camino a mi trabajo, cuando estoy en sesión junto a mis pacientes, cuando estoy en familia y vuelvo a escuchar a mis mujeres, cuando comparto con amigas y amigos, cuando estoy con mi pareja o cuando veo televisión.

Otros libros que me han acompañado en este proceso son: "Querida Violeta" también escrito por Nerea de Ugarte y "No existe una forma de amar. Reflexiones sobre el amor romántico" de Carolina Aspillaga Hesse.

En este proceso de habitar el Feminismo, he aprendido que la revolución comienza con la mirada hacia una misma y en el compromiso de cuestionar y transformar nuestras realidades. Creo firmemente que esto es un llamado a la acción cotidiana, a compartir conocimiento, a desafiar las normas impuestas y a construir un mundo más justo y equitativo para todas las personas, independientemente de su género. Es una invitación a preguntarse qué acciones podemos tomar en nuestra vida diaria para contribuir al cambio.

Referencias:

- De Ugarte, N. (2022). La dictadura del amor propio. Penguin Random House. Grupo Editorial.  
De Ugarte, N. (2021). Querida Violeta. Penguin Random House. Grupo Editorial.  
Aspillaga, C. (2022). No existe una forma de amar. Alfaguara Infantil Juvenil.

# CUENTO

## UN TRAGO AMARGO

Nicole Magendzo Dukes  
E-mail: nmagendzo@gmail.com

Amparo entró a un café pequeño y oscuro en el centro de Santiago. Vio de inmediato a Andrea, sentada al fondo del local, junto a su hijo; un niño de un año y medio que parecía importado de un país nórdico y circulaba torpemente como un pingüino entre extraños.

Con las cejas arriba, los ojos bien abiertos y un movimiento de brazos un tanto exagerado, Andrea saludó a su amiga que no veía hacía años, o al menos desde antes de ser madre.

La conversación corría como si se hubiesen visto ayer, cuando Andrea la interrumpió y le pidió que le cuidara al niño mientras iba al baño. Amparo se dispuso a supervisar a este cachorro inquieto, que tropezaba y se levantaba incesantemente por cada esquina del café. Esta tarea -para Andrea cotidiana- resultaba simplemente aterradora para Amparo.

Pasó el rato y Andrea no volvía. A los veinte minutos, Amparo con el niño en brazos, tocó la puerta del baño para ver si Andrea se encontraba bien. En ese ligero toc toc, la puerta se abrió. Andrea no estaba allí.

Inquieta, Amparo volvió a la mesa y se dispuso a esperar junto al niño a que su madre volviera. Pasó una hora y luego otra. El niño lloraba desconsoladamente, el café estaba por cerrar y Andrea no aparecía por ningún lado.

En la desesperación, Amparo miró la hora por tercera vez en el último minuto, se puso de pie, tanteo sus bolsillos, tomó su cartera, metió al niño en la taza de café y se fue rápidamente del local.

Al día siguiente, se leía en la portada de Las Últimas Noticias: *“Tragedia nacional, niño muere ahogado en histórico café en el centro de Santiago”*.

# RELATO

## EL ARREPENTIMIENTO

María Eugenia Boetsch  
E-mail: meboetschs@gmail.com

Siendo una estudiante de tercer año de psicología me tocó entrenar una rata como requisito para el ramo de "Procesos Cognitivos". Para aprobar el examen final, la rata debía apretar una palanca cuando se prendiera una luz roja. El proceso de condicionamiento fue más largo y difícil de lo que había imaginado: mi rata desarrolló lo que se llama un comportamiento "supersticioso" difícil de extinguir: daba un giro antes de apretar la palanca luego de que se prendía la luz roja y no era fácil lograr que dejara de girar y sólo apretara la palanca. Era la clásica rata de laboratorio, una wistar albina, blanca entera y con los ojos rojos.

Si bien ya no recuerdo cuánto tiempo tomó ni qué nombre le puse a mi rata, sí recuerdo haber empezado a sentir cariño o compasión por ella: me afligía pensar que sólo habitaba el frío laboratorio. Pese a estar prohibido, empecé a sacarla a pasear escondida en mi ropa. Como temía que escapara si la soltaba en espacios abiertos, decidí llevarla a la biblioteca (hacía frío, por lo que debe haber sido durante el invierno). Pasé varias tardes con ella en ese cálido y tranquilo lugar. Pensé en llevarla a mi casa al finalizar el curso, ya que tenía entendido que las ratas se sacrificaban pues no podían entrenarse dos veces. No lo hice, pasé el examen y no volví a pensar en ella.

Ese mismo año voté por el SI en el plebiscito. Vengo de una familia de derecha. Mi padre, un hombre apasionado por la política, participó activamente para derrocar a Allende durante la UP, tanto así, que en mi casa se recibían llamadas anónimas amenazantes que decían que si continuaba en la política (entre otras cosas escribiendo en El Mercurio sus "cartas al director") nos harían daño a mí y a mi hermano (o al menos eso dijo mi madre cuando partimos sin mi papá a Mendoza por un tiempo).

Ya de vuelta, si bien era muy chica, recuerdo cómo celebramos viendo pasar, desde la ventana de un baño, los Hawker Hunters volando a bombardear La Moneda (mi papá sabía a dónde iban y por eso nos trajo de Argentina).

Creí convencida de haber sobrevivido a una guerra y que, nosotros -los buenos-, la habíamos ganado. Mis hermanos mayores habían ido a marchas, y en mi casa se escondían botellas con amoníaco y panfletos; yo solo tengo recuerdos de haber hecho cola para comprar cosas con mi mamá y que dormíamos con colchones en las ventanas por miedo a posibles "francotiradores" del cerro. Mi papá decía con orgullo que había contribuido a rescatar a Chile de "las garras del comunismo" y que, salvando a Chile, se había salvado América del Sur. Creí sintiéndome muy orgullosa de ser su hija.

En mi curso de la universidad éramos 50 alumnos: 45 iban por el NO y 5 por el SI. Yo pensaba que mis compañeros no sabían muchas cosas que yo sí: entre ellas, que Allende iba a mandar a matar a mi papá, ya que estaba en la lista de un libro de personas a eliminar, y que si no hubiera sido por el golpe de estado él ya no estaría vivo (creo que se llamaba "el libro blanco" o algo así). A pesar de nuestras diferencias, me llevaba bien con mis compañeros y terminé teniendo más confianza e intimidad con los que eran de izquierda (básicamente eran mucho más divertidos y buenos para carretear, los de derecha eran algo "pernos", conservadores y católicos).

Mi pololo de esos años tenía mí misma edad y estudiaba Ingeniería Comercial en el mismo campus, pero en su curso era al revés: unos pocos del No y todo el resto por el Sí. Venía de un colegio católico, yo de uno laico.

Iba a las marchas del Sí con sus amigos; yo nunca lo quise acompañar, me parecían violentas sus consignas contra los que ya eran mis amigos de izquierda. La franja del Sí me parecía horrorosa y me enamoré del tipo que salía al final en la del NO.... pero igual voté por el Sí.

Cuando ganó el NO, en mi familia cundió el pánico y mis amigos de la universidad no podían más de felicidad. Yo no sabía qué sentir ni qué pensar. Había algo oscuro y terrible que no sabía dónde situar.

Por primera vez fui a visitar a un compañero que había sido detenido en una marcha y sentí el miedo que le tenían mis amigos a los carabineros (para ellos "los pacos"). Yo siempre me sentí protegida por ellos, para mí eran personas confiables, seguras y siempre me habían tratado muy bien. Todo era al revés.

Poco a poco me empecé a dar cuenta de que la que ignoraba muchas cosas era yo. Nunca imaginé qué cosas ocurrían en otros lugares de Santiago durante los toques de queda, aparte del nerviosismo de mi mamá si mis hermanas se llegaban a retrasar unos minutos y del entusiasmo de ellas por las fiestas de toque a toque. Hasta que salí del colegio, nunca escuché en la tele ni leí nada que hablara de esas cosas; nada de eso salía en El Mercurio, tampoco en La Segunda, ni en las revistas Ercilla o Qué Pasa, a todo lo que mi papá estaba suscrito. Jamás se me habría pasado por la mente que se mintiera en esas prestigiosas publicaciones que se leían regularmente en mi casa. Los profesores de historia en el colegio tampoco decían nada, no se hablaba de política, por lo que yo suponía que todos pensábamos igual, que había una sola verdad.

Mi práctica profesional la realicé en una ONG y mi primer trabajo fue en una institución de salud pública, en la misma que hoy permanezco haciendo docencia y por la que siento un cariño entrañable. Gracias a mis amigos, colegas y pacientes, poco a poco pude ir pensando por mí misma, hasta lograr construir mi propia versión de la historia, integrando lo que se me había ocultado. Nunca me perdonaré haber votado por el Sí y me horroriza pensar en lo que estaba apoyando; sólo me alivia un poco pensar que, hasta cierto punto, mi vida mientras crecía no era tan distinta a la de mi rata del laboratorio.

# RELATO

## GESTOS

Gianni Canepa

E-mail: gcanepa@neveria.cl

Hay gestos que duran un segundo, o aún menos, que, mirados con atención, quedan grabados para siempre. Pequeños movimientos llenos de significado o belleza. Nos mostramos en nuestros gestos. Nos delatan también. Recuerdo algún libro de Kundera en el que divagaba, como le gustaba a él, el gesto que observó en una señora mayor. Un gesto donde se advertía el vestigio de su juventud, de su coquetería más allá del paso de los años. Y cómo ese gesto lo siguió por años en su recuerdo. Hoy, mientras me trasladaba por la ciclovía de Padre Hurtado, fui testigo de un gesto que me remeció. No había nadie circulando, eran cerca de las 10 de la mañana. Yo iba disfrutando del viento cálido, en un estado de gozo sensorial, de abstracción en el momento, que tal vez permitió fijarme mejor en los detalles. Frente a mí, dándome las espaldas, iba caminando una pareja, formada por un padre (¿Tal vez un abuelo? Pero más parecía padre) y su hijo, de unos ocho años. El padre caminaba con alguna dificultad. Por el tipo de marcha, me pareció portador de la enfermedad de Parkinson. A su lado iba el hijo, con un jockey rojo de algún equipo de béisbol. Ambos limpios, pero modestamente vestidos. Caminaban en silencio, me pareció, tal vez disfrutando del mismo aire tibio de fin de año. Daba la sensación de que disfrutaban de la compañía del otro. Como ocupaban gran parte de la ciclovía, me acerqué bajando la velocidad y toqué la campanilla deliberadamente suave. No quería molestarlos, iban tan tranquilos, y además yo no iba con apuro. Y aquí el gesto. En muchas situaciones parecidas, al tocar la campanilla a alguien a quien uno se aproxima por detrás, se produce un cierto sobresalto y habiendo un adulto, instintivamente, tiende a proteger al niño que lo acompaña. En este caso, cuando se produjo el sonido de alerta, el niño rápidamente me miró y tendiendo sus manos hacia su padre, lo sacó del paso. Cuánta información en un segundo. Qué historia puede haber detrás de ese niño, de esa familia. Él protege a su padre. Instintivamente lo cuida, se hace cargo de la situación de peligro. El gesto me desarmó. Me hizo recordar a mi padre. Al gesto de protección que tal vez yo alguna vez, sin darme cuenta, realicé. ¿Al que quizás alguna vez mi hijo haga conmigo? Seguí mi camino sin volverme a mirar atrás. A mi destino. Quedé con algunas lágrimas en los ojos, que el viento de diciembre se encargó de desparramar.

# RELATO

## PALABRAS

Consuelo Undurraga Infante  
E-mail: undurragaconsuelo@gmail.com

Las palabras acercan, hacen reír, emocionan, duelen. A veces nos toman por sorpresa, otras nos abruman y confunden. Siempre acarrear marcas de sus orígenes, transportan el peso de los afectos con que los cargó la historia, y se alimentan de las experiencias vividas.

Me sucedió hace poco trabajando con una paciente mayor. Me seducía su gran inteligencia, su cultura y sobre todo el amor descarnado por los suyos. Un afecto profundo, serio, exigente, sin adornos, y según ella, con aristas que muchas veces herían a los que más amaba. Avanzábamos lenta y cuidadosamente en este y a veces áspero sendero de silencios y palabras que es una terapia. La lectura había sido nuestro terreno de juego, y los personajes que surgían de los libros, expresaban muy bien, lo que sentíamos y queríamos decir. Hasta que, en este tiempo compartido, ella me regaló un secreto, un pesado secreto familiar, que entregaba la clave de su sufrimiento. La emoción me invadió, no dije nada, pero al despedirnos sentí como nunca antes, su abrazo. Hasta que llegó aquella perturbadora frase: *Hoy fue distinto, como conversar con una amiga, me gustó, sí me gustó mucho*. Su cascada de palabras enfrió inmediatamente mi entusiasmo, y me sumió en un estado de profundo malestar. No entendí bien qué había pasado, no supe qué decir. La incomodidad se me pegó a la piel, y me siguió hasta mi casa, molestándome incluso durante el sueño, algo había pasado, algo había que resolver. A la sesión siguiente, retomamos nuestros diálogos, hasta que en un momento le pregunté por qué veía nuestro encuentro anterior de esa manera. Su mirada reflejó confusión, luego dijo: *creo que no tengo amigas, y si tengo, nunca me he atrevido a confiar y contarles lo que hablamos la semana pasada, y en la sesión, lo pude hacer, para mí fue muy importante*. Ahí estaba la clave: las mismas palabras, conversación entre amigas, fueron asociadas por mí con complicidad, y liviandad, y en cambio, ella con confianza y seriedad. Se trataba entonces de un gran malentendido, teníamos una diferente idea de lo que era la amistad, y, la habíamos cargado con emociones muy distintas.

Las palabras las pintamos cada uno de nosotros, con colores y matices fruto de nuestra experiencia. Era necesario entonces, crear un nuevo puente, para transitarlo juntas y comprendernos mejor.

# HUMOR / COMICS

## COSAS QUE HAGO CUANDO NO VIENE UN PACIENTE PAU BASI



LOS COLEGAS



RELAJARME



MODO MINDFULNESS



MI PROCESO



CIUDADANA



LOS PENDIENTES



PEQUEÑA SIESTA



FICHAS



REFRESCO MI SUBJETIVIDAD

PAULA BARRERA PAULABARRERASILVA@GMAIL.COM

# ARTE / FOTOGRAFÍA



**Susana Chauriye Agud**  
**Serie Blanco Oscuro**  
Inmersión fotográfica en  
el continente antártico  
E-mail: schauriye@gmail.com





# ARTE / COLLAGE



Paola Walersztajn  
E-mail: paolawalersztajn@gmail.com

# POESÍA

## PERSÉFONE HA VUELTO

Soy la mujer que lo ha perdido todo

la hija que cae de rodillas

bajando al inframundo

me enlacé me deshice

sin amor de padre, no se puede

un ritual de despedida dirás

una sombra cae sobre mí

estoy ciega no vi ese peldaño

las siete pruebas

el desequilibrio

en una plaza, un árbol llora

se seca se muere está solo

en la agonía de la niñez

no sabemos que estamos perdidos

y a nadie le importa.

Marcela Araneda

E-mail: marcelaaraneda57@gmail.com

# POESÍA

## NO DESEADAS

psicoanálisis del siglo pasado

lo siento, no soy no soy  
no soy tu niño mutilado

soy una niña soy una niña  
soy una niña

que no fue tu deseo tu deseo  
el deseo

soy manzana hereje risa raíces vulva

# POESÍA

## SIESTA DE VERANO

Haikus de mi gata

Mi gata duerme  
quieta en nuestra ventana  
hermosa y dulce

Esta mañana  
sueño que no podré  
sentir tus manos

Quiero morir  
disolver mi deseo  
en un susurro

Gotas de lluvia  
en un largo verano  
buena cosecha

Sí ronroneo  
rorororororo  
no ronroneo

Marcela Araneda  
E-mail: marcelaaraneda57@gmail.com

# JORNADAS

## INTRODUCCIÓN

### Jornada Clínica APPR

Sábado 05 de agosto 2023 en Club Providencia, Santiago.

#### “LA PAREJA DE HOY: APERTURAS Y DIFICULTADES DESDE LA CLÍNICA RELACIONAL / VINCULAR”

En base a la Jornada realizada se publican en el presente número de la Revista Escritos Relacionales los siguientes artículos de las autoras :

Psicóloga Francisca Pérez:

“Conflicto en la relación de pareja: “Explorando sus múltiples dimensiones”.

Psicóloga Bárbara Ortúzar:

“Terapia de Pareja desde la perspectiva psicoanalítica”.

Médico Psiquiatra, Psicoanalista Marta del Río:

“Comentario” teórico-clínico sobre las exposiciones realizadas por las psicólogas Bárbara Ortúzar y Francisca Pérez, aporte desde su mirada clínica sobre el tema.

# JORNADAS

## EL CONFLICTO EN LA RELACIÓN DE PAREJA: “EXPLORANDO SUS MÚLTIPLES DIMENSIONES”

Francisca Pérez Cortés

Psicóloga Universidad de Chile, Doctora en Psicoterapia Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica y Universidad de Heidelberg. Terapeuta Familiar y de Parejas Instituto Chileno de Terapia Familiar. Investigadora Adjunta Midap. Académica Escuela de Psicología Universidad Adolfo Ibañez. Miembro Red Chilena de Salud Mental Perinatal y de la Sociedad Chilena de Salud de Masculinidades Diversas.

E-mail: francisca.perez.c@uai.cl

*“Problemas y conflictos de la misma clase ejercen una gran atracción mutua en la fase de elección de pareja”  
(Willi, 1978).*

El conflicto en una relación de pareja, suele entenderse como discrepancias, desacuerdos o tensiones que surgen entre los dos miembros debido a diferencias en opiniones, valores, necesidades, deseos, expectativas o comportamientos. Estas diferencias pueden dar lugar a discusiones, malentendidos, resentimientos o frustraciones que afectan la armonía y el bienestar de la relación. Los conflictos son una parte natural de las relaciones humanas y pueden surgir en cualquier área de la vida en pareja, como la comunicación, las responsabilidades domésticas, la crianza de los hijos, el manejo del dinero, entre otros. Cómo se manejen estos conflictos puede tener un impacto significativo en la salud y la estabilidad de la relación. Una gestión constructiva y respetuosa de los conflictos puede ayudar a fortalecer la conexión entre la pareja, mientras que una gestión inadecuada o destructiva puede llevar a una mayor distancia emocional y problemas más graves en la relación. Diversos autores han profundizado en las diversas facetas del conflicto en las relaciones íntimas, proporcionando una visión más completa de sus causas, manifestaciones y consecuencias.

Willi (1978) sostiene que en el núcleo de todo conflicto en la pareja hay una interacción compleja de necesidades individuales no satisfechas y expectativas sobre la relación. Estas necesidades pueden ser de naturaleza emocional, psicológica o incluso física, y las expectativas se basan en las creencias y valores de cada miembro de la pareja. Las experiencias pasadas, especialmente las relacionadas con la infancia y las relaciones tempranas, los patrones de interacción aprendidos y las expectativas no cumplidas pueden manifestarse en los conflictos actuales y afectar la dinámica relacional. Aunque el conflicto puede percibirse como algo negativo, sugiere que también puede ser una oportunidad para el crecimiento y la comprensión mutua.

Gottman y Silver (1999), reconocidos por su enfoque científico en el estudio de las relaciones de pareja, ofrecen una comprensión profunda del conflicto en estas relaciones. Su trabajo se basa en décadas de investigación empírica y observación directa de parejas en situaciones conflictivas. Sostienen que el conflicto en la relación de pareja surge de dinámicas emocionales y comunicativas específicas. Esto incluye patrones de interacción negativos, como la crítica, el desprecio, la defensividad y el distanciamiento, que pueden erosionar la calidad de la relación y aumentar la probabilidad de conflicto. La crítica se refiere a expresar quejas o desacuerdos de manera generalizada y atacando la personalidad o el carácter del otro. La crítica constante puede dañar la autoestima y el sentido de valía del otro miembro de la pareja. Además, puede crear un ambiente hostil y defensivo en la relación. El desprecio implica expresar una actitud de superioridad o burla hacia el otro. Esto puede manifestarse a través de gestos, palabras o tono de voz que denotan falta de respeto y aprecio hacia la persona. Ejemplos incluyen el sarcasmo, el menosprecio, los gestos de disgusto o incluso insultos directos. El desprecio es especialmente destructivo porque socava el respeto y la admiración mutua, elementos clave para una relación saludable, pudiendo generar sentimientos de resentimiento, tristeza y alienación en la pareja. La defensividad es una respuesta común al sentirse atacado o criticado.

Se manifiesta como justificación, negación de responsabilidad o contraataque en lugar de escuchar y responder de manera constructiva. La persona defensiva tiende a culpar a otros o a las circunstancias externas en lugar de reflexionar sobre su propio papel en el conflicto. La defensividad perpetúa los patrones de conflicto al evitar la responsabilidad y la autorreflexión. Puede crear un ciclo de acusaciones y excusas que dificultan la resolución de problemas y la conexión emocional. Y, por último, la actitud evasiva se manifiesta como una falta de compromiso o participación en la resolución de problemas. Puede incluir el retiro emocional, la falta de comunicación o la negación de la importancia de los problemas planteados por la pareja. Esta actitud indica una falta de interés en abordar las preocupaciones de la relación. La actitud evasiva puede generar sentimientos de frustración, abandono y desconexión en la pareja. La falta de compromiso para abordar los problemas puede llevar a la acumulación de resentimiento y alejamiento emocional. En conjunto, estas actitudes que denominaron los Cuatro Jinetes del Apocalipsis representan patrones de comunicación y comportamiento que socavan la calidad de la relación y aumentan la probabilidad de conflictos persistentes y deterioro de la conexión emocional.

En muchas ocasiones, el conflicto en una relación de pareja puede ser una manifestación de necesidades no satisfechas o conflictos subyacentes no expresados. El enfoque de las necesidades emocionales básicas de Johnson (1996) explora cómo las parejas pueden enfrentar conflictos recurrentes que en realidad están vinculados a necesidades emocionales fundamentales, como la necesidad de conexión, seguridad, reconocimiento y autonomía. Distingue entre emociones primarias y secundarias en el conflicto de pareja. Las emociones primarias son aquellas que surgen directamente de una situación o evento, como el miedo, la tristeza o la ira. Por otro lado, las emociones secundarias son reacciones emocionales a las emociones primarias, como la vergüenza, la culpa o la frustración por sentirse enojado. Durante el conflicto, es probable que se desarrolle un ciclo de emociones negativas, donde, por ejemplo, un miembro de la pareja puede expresar enojo debido a sentirse ignorado, lo que provoca que el otro miembro se sienta culpable y evite el conflicto. Esta evitación puede a su vez aumentar la frustración del primero, iniciando así un ciclo repetitivo de emociones negativas.

### **La Importancia de la Gestión Constructiva del Conflicto**

La forma en que las parejas gestionan el conflicto puede tener un impacto significativo en la calidad y la estabilidad de la relación. Al abordar los conflictos de manera constructiva, las parejas tienen la oportunidad de explorar sus necesidades subyacentes, aclarar expectativas y fortalecer la comunicación y la conexión emocional. Esto implica la capacidad de expresar sentimientos y necesidades de manera clara y respetuosa, escuchar activamente al otro y buscar soluciones colaborativas que satisfagan las necesidades de ambas partes. Willi (1978) enfatiza la importancia de aprender habilidades específicas de resolución de conflictos, como la negociación, la empatía, la capacidad de compromiso y la gestión de emociones intensas, lo que ayudaría a las parejas a manejar los conflictos de manera más efectiva y a evitar patrones destructivos de interacción.

Gottman y Silver (1999) también reconocen que las parejas pueden tener diferentes estilos de afrontamiento ante el conflicto. Algunos miembros de la pareja pueden ser más proclives a la confrontación directa, mientras que otros pueden preferir evitar el conflicto o retirarse emocionalmente. Estas diferencias pueden generar tensiones adicionales durante los conflictos. Al igual que Willi (1978), enfatizan la importancia de desarrollar habilidades efectivas de resolución de conflictos, que incluyen técnicas de comunicación asertiva, escucha activa, expresión de emociones de manera constructiva y búsqueda de soluciones que satisfagan las necesidades de ambas partes. Un aspecto clave en el enfoque de Gottman y Silver (1999) es la idea de que las parejas pueden aprender a reparar los daños causados durante los conflictos y a cultivar una comprensión empática hacia las experiencias y emociones del otro. Estas habilidades promueven la conexión emocional y la resolución constructiva de conflictos.

En el enfoque de Johnson y Greenberg (1999) un aspecto fundamental es la promoción de la seguridad emocional en la pareja. Esto implica crear un entorno relacional donde ambos miembros se sientan seguros para expresar sus emociones, necesidades y vulnerabilidades sin temor a juicios o críticas. Comprender la diferencia entre emociones primarias y secundarias es crucial

para abordar el conflicto de manera efectiva, ya que las emociones secundarias pueden enmascarar las necesidades y preocupaciones subyacentes de cada miembro de la pareja. Identificar y romper el ciclo de emociones negativas es un objetivo clave en la terapia de pareja según este modelo. Esto implica explorar las emociones primarias subyacentes y las necesidades no satisfechas que contribuyen al conflicto, fomentar la empatía y la comprensión mutua, y desarrollar habilidades de comunicación efectivas para resolver conflictos de manera constructiva. Al reestructurar las interacciones, las parejas pueden aprender a comunicarse de manera más auténtica y empática, lo que fortalece la conexión emocional y reduce los patrones negativos de conflicto, lo que contribuye a una relación más satisfactoria y saludable a largo plazo.

Una de las ideas centrales de Scheinkman (2004) es la atención a los patrones interactivos en la pareja, que pueden perpetuar conflictos y dificultades. Su enfoque se centra en identificar estos ciclos relacionales disfuncionales y trabajar para interrumpirlos, fomentando nuevas formas de comunicación y conexión. Ella también enfatiza la importancia de explorar las dinámicas multigeneracionales que influyen en la relación de pareja. Esto incluye la comprensión de las influencias familiares pasadas, los legados emocionales y los patrones de interacción aprendidos, que pueden impactar la forma en que las parejas se relacionan en el presente. Es así como se requiere trabajar tanto en el desarrollo personal de cada miembro de la pareja como en la transformación de las dinámicas relacionales y familiares más amplias. En última instancia, el enfoque de Scheinkman tiene como objetivo principal fomentar la resiliencia relacional en las parejas, fortaleciendo su capacidad para enfrentar desafíos, superar obstáculos y desarrollar una conexión más profunda y significativa a lo largo del tiempo. Las técnicas narrativas y colaborativas pueden ayudar a las parejas a reescribir sus historias compartidas y construir nuevas narrativas de conexión y crecimiento. Esto incluye la exploración de las fortalezas individuales y las metas compartidas, así como la co-construcción de soluciones y estrategias para enfrentar los desafíos.

En general, en el abordaje de los conflictos de manera constructiva los distintos modelos terapéuticos incorporan diferentes estrategias que incluyen técnicas de comunicación efectiva, resolución de problemas colaborativa y negociación de necesidades y deseos. Para que esto sea posible es necesario generar un clima en el que la pareja se sienta segura para explorar sus experiencias pasadas y presentes, las emociones evocadas, las expectativas, y significados, de manera de promover la comprensión mutua y la reconciliación. En el tratamiento psicoterapéutico se deberá prestar gran atención a que ambos miembros tengan las mismas oportunidades de desarrollo, igualdad de derechos, la similitud de conductas y funciones, pero sobre todo la igualdad de los miembros de la pareja en el sentimiento de la propia estimación. "En términos generales las metas y objetivos de la terapia incluye modificar las pautas de interacción repetitivas, mejorar la capacidad para resolver problemas, mejorar la comunicación, expandir el conocimiento del otro e intercambiar los roles en función de los distintos momentos y necesidades de los miembros. Muchas veces las parejas no cambian del todo el patrón disfuncional pero los miembros de la pareja perciben y sienten los sucesos de manera diferente y son capaces de aceptar al otro con sus vulnerabilidades, lo cual se traduce en mayor satisfacción y bienestar" (Jara, 2003).

### **Influencias socioculturales y de género**

Las relaciones de pareja están influenciadas por factores socioculturales y de género que pueden contribuir al surgimiento y la gestión del conflicto. Según Carol Gilligan (1982), las diferencias en la socialización de hombres y mujeres pueden manifestarse en estilos de comunicación y afrontamiento del conflicto distintos. Mientras que algunos hombres tienden a adoptar un enfoque más directo y confrontativo, algunas mujeres pueden preferir estrategias más colaborativas y empáticas.

Además, los roles de género tradicionales pueden generar expectativas y presiones adicionales en las parejas, especialmente en lo que respecta a la distribución de responsabilidades domésticas y la toma de decisiones. Los enfoques feministas en la terapia de pareja, buscan desafiar y reconstruir estos roles de género para fomentar relaciones más equitativas y empoderadas (Lyness & Lyness, 2007; Rothblum & Hill, 2014; Vatcher & Bogo, 2001).

Un concepto muy arraigado en la cultura y las representaciones sociales ha sido el del ideal romántico, creando expectativas y presiones en las relaciones de pareja que a menudo distan de la realidad. El ideal romántico se refiere a la creencia en la existencia de una pareja perfecta, donde el amor es apasionado, inquebrantable y exento de conflictos. Este concepto, popularizado por la literatura, el cine y los medios de comunicación, ha generado expectativas irrealistas sobre cómo deberían ser las relaciones de pareja, contribuyendo a la insatisfacción y la frustración cuando la realidad no coincide con este ideal.

Diversos autores y enfoques han explorado las implicaciones de este ideal, así como las estrategias para gestionar y redefinir las expectativas en las relaciones íntimas. Autores como Eva Illouz (1997) han analizado críticamente el papel de la cultura romántica en la construcción de las expectativas amorosas, destacando cómo los medios de comunicación y la industria del entretenimiento han perpetuado narrativas idealizadas que no reflejan la complejidad y diversidad de las relaciones humanas.

El choque entre el ideal romántico y la realidad de las relaciones de pareja puede tener consecuencias significativas, como la desilusión, la falta de comunicación, la desconexión emocional y, en casos extremos, el deterioro de la relación. Las expectativas irrealistas pueden generar presión sobre las parejas para cumplir con un estándar inalcanzable de amor y felicidad constante, ignorando la naturaleza dinámica y cambiante de las relaciones íntimas. Autores como Esther Perel (2006) han explorado cómo las expectativas románticas pueden chocar con la necesidad humana de variedad, novedad y autonomía dentro de la relación. Esta tensión entre la estabilidad y la pasión puede llevar a conflictos internos en las parejas y dificultar la gestión saludable de las expectativas. En última instancia, desafiar el ideal romántico y gestionar las expectativas en las relaciones de pareja implica un proceso de reflexión, comunicación y adaptación continua.

### A modo de cierre...

Después de la revisión conceptual realizada, podemos concluir que el conflicto en una relación de pareja no es simplemente una discrepancia de opiniones o una diferencia de necesidades; es un fenómeno complejo que abarca múltiples dimensiones psicológicas, emocionales y sociales. Al reconocer y aceptar la complejidad de las relaciones humanas, las parejas pueden cultivar una conexión más auténtica, basada en la aceptación, el apoyo mutuo y el crecimiento compartido.

El espacio terapéutico se ofrece como un lugar en el cual las parejas puedan explorar sus conflictos de manera segura, ya que el vínculo terapéutico establece las condiciones de confianza, respeto y colaboración para que esto sea posible. Cuando hay un vínculo terapéutico sólido las parejas estarán más dispuestas a explorar profundamente sus vulnerabilidades y patrones relacionales disfuncionales, comprendiendo los factores que influyen en estos, así como el rol de cada uno en la mantención de estos. Al generar estas condiciones los miembros de la pareja tendrán más libertad y agencia a la hora de elegir, independiente de si la elección es volver a elegirse como pareja o separarse.

#### Referencias:

- Gilligan, C. (1982). The contribution of women's thought to developmental theory: The elimination of sex bias in moral development research and education.
- Gottman, J., Silver, N. (1999). The Seven Principles for Making Marriage Work. Crown Publishers imprint (Three Rivers Press).
- Illouz, E. (1997). Consuming the romantic utopia: Love and the cultural contradictions of capitalism. *Communication Research Trends*, 17, 25-25.
- Jara, M.C., (2003) Decálogo de lo mínimo a considerar en la terapia de parejas. *Rev. De Familias y Terapias*, Año 11, N°17.
- Johnson, S.M. (1996). *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy*. Routledge. New York.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical psychology: Science and practice*, 6(1), 67.
- Lyness, A. M. P., & Lyness, K. P. (2007). Feminist issues in couple therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(1-2), 181-195.
- Perel, E. (2006). *Mating in captivity* (p. 272). New York, NY: HarperCollins.
- Rothblum, E. D., & Hill, M. (2014). *Couples therapy: Feminist perspectives*. Routledge.
- Scheinkman, M., & DeKoven Fishbane, M. (2004). The vulnerability cycle: Working with impasses in couple therapy. *Family Process*, 43(3), 279-299.
- Vatcher, C. A., & Bogo, M. (2001). The feminist/emotionally focused therapy practice model: An integrated approach for couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(1), 69-83.
- Willi, J. (1978). *La Pareja Humana: Relación y Conflicto*. Morata. Madrid.

# JORNADAS

## TERAPIA DE PAREJA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Bárbara Ortúzar J.

Psicóloga clínica PUC.

Psicoterapeuta relacional y supervisora acreditada. Miembro IARPP y miembro fundador APPR.

Trabajo en consulta privada con pacientes adultos, jóvenes y parejas.

E-mail: ortuzar.barbara@gmail.com

### Introducción

La terapia de pareja tiene una dimensión polémica y difícil, porque desafía las conceptualizaciones de la orientación psicoanalítica clásica y porque existe un consenso entre los terapeutas que hacer terapia de pareja no es fácil y expone al terapeuta, entre otras cosas, a la triangulación de los conflictos de la pareja, al riesgo de hacer alianzas con uno u otro o a identificarse (consciente o inconscientemente) más fácilmente con alguno de los miembros de la pareja. Todo esto intensificado por la constatación de que la relación de pareja puede ser de los vínculos más difíciles y desafiantes para una persona, a la vez de ofrecer grandes oportunidades de autorrealización y satisfacción mutua.

Si bien coincido con todas las aprehensiones anteriormente expuestas, me parece que sigue existiendo un enorme interés en este tipo de terapia, a la vez que la demanda de la misma también ha aumentado. Más aún en tiempos de pandemia, momento en el que las relaciones de pareja se vieron puestas a prueba en el desafío de vivir encerrados 24/7, muchas veces con niños pequeños y/o adolescentes, incluso en espacios reducidos. En este escenario, las parejas se vieron enfrentadas a revisar los parámetros de autonomía/ dependencia, a la necesidad de reorganizar las relaciones, la sexualidad, las obligaciones domésticas y por ende la convivencia al interior de las familias, a la vez que había menos espacios de esparcimiento, encuentro, y de apoyo mutuo con otros. Esto combinado con el temor a enfermar o incluso a morir, o bien, a sufrir la pérdida de alguna figura significativa para la familia, o la pérdida de la fuente de trabajo.

Fue una gran crisis que dejó al descubierto muchas dificultades de pareja que el rutinario distanciamiento físico (facilitado y validado por las obligaciones laborales y la vida fuera de la casa), mantenían a raya o bien permanecían compensadas por otros vínculos o actividades más allá de la pareja (vida social, contactos laborales, deportes, hobbies, etc). Dicho de otra forma, la convivencia se vio forzada y los estilos de cada cual confrontados en el día a día. O bien, situaciones complicadas que se venían arrastrando en el tiempo en un equilibrio precario, vieron amenazado ese equilibrio al sentir que estaban obligados a estar juntos y sin mayor contacto presencial con otras personas significativas y/o redes. Probablemente en ese momento de tanta incertidumbre, los terapeutas, aunque fuera de manera remota, cobramos aún más importancia como esa terceridad que al menos aparecía en la pantalla del computador con una frecuencia pre acordada.

No conozco aún estadísticas, y no es el propósito de este trabajo, pero la impresión clínica que muchos colegas tuvimos fue que durante la pandemia muchas parejas se separaron o al menos se vieron enfrentadas a severas crisis que pusieron en cuestión el vínculo. Obviamente hubo parejas que vieron fortalecida su relación al sentir que por fin tenían más tiempo y espacio para estar juntos y conocerse, y que disfrutaron dicha posibilidad. Lo más probable es que esas parejas no llegaron a consultar.

Al mismo tiempo y desde hace algunos años, incluso antes de la pandemia, los motivos de consulta de las parejas han ido cambiando, en el sentido que, en la última década, consultan parejas de todas las edades y géneros, e incluso parejas que aún no se han casado o no han formalizado un compromiso, pero que lo hacen de una forma "preventiva", por llamarlo de alguna

manera, porque han comenzado a darse cuenta de ciertas dificultades que pudieran intensificarse con la convivencia o la llegada de los hijos. Este último tipo de consultas, en mi experiencia no ocurría con tanta frecuencia antes, sino que en los últimos años.

### Antecedentes históricos de la terapia de pareja

Históricamente, desde los años 50, tenemos el aporte de varios autores que han contribuido al desarrollo de la terapia de pareja desde la orientación psicoanalítica, voy a nombrar los que me parecen más relevantes, como, por ejemplo, Henry Dicks (1970), que es uno de los teóricos y pionero más importantes de esta orientación. Él trabajó en Inglaterra entre 1949 y 1967 con alrededor de 2000 parejas, aplicando un marco psicoanalítico con importante influencia de M. Klein y W.R. Fairbairn (Teoría de Relaciones Objetales).

Él pensaba que los factores más importantes en una pareja eran las dificultades en la vida cotidiana y las diferencias en los valores culturales. Afirmaba que los problemas sexuales siempre eran consecuencia de estos dos.

Para entender dichas dificultades propuso el concepto de complementariedad inconsciente (colusión) que se establece entre los miembros de la pareja, aspecto que constituye la personalidad conjunta de la misma. Los dos miembros de la pareja reproducen el conflicto dominante no resuelto de su infancia, recreándolo de forma complementaria a través de una combinación de mecanismos de proyección e identificación proyectiva en la que ambos proyectan sobre el otro, aspectos importantes de la persona del pasado con quién se tuvo conflictos significativos. Se da entonces un esfuerzo inconsciente de resolver ese conflicto en la relación presente, pero en lugar de resolverse, muchas veces se repite.

En el modelo de Dicks, él destaca tres características importantes a evaluar en una pareja:

- 1) Las expectativas mutuas conscientes acerca de lo que debe proporcionar una relación de pareja.
- 2) La medida en que estas expectativas mutuas armonizan con las respectivas expectativas culturales y sociales de ambos.
- 3) La activación inconsciente de roles complementarios entre los miembros de la pareja. Los que tienen que ver con sus relaciones del pasado infantil, que se activan en el presente. En síntesis, qué se espera del otro y del propio rol en la pareja, pero de manera inconsciente.

Posteriormente tenemos a Jurg Willi (1984), que aporta conceptos interesantes e innovadores para su época, combinando el pensamiento psicoanalítico y la teoría de la comunicación (orientación sistémica).

Él comparte y cita a Dicks a propósito del concepto de *colusión inconsciente* en el que se encuentran atrapados ambos miembros de la pareja. Se trata de problemas y conflictos de la misma clase que ejercen una gran atracción mutua en ambas personas en la fase de elección de pareja. Ambos esperan, el uno del otro, la curación de las lesiones y frustraciones de la infancia, lo cual con frecuencia no ocurre. Esto constituye una predisposición para la formación de un "inconsciente común", que puede manifestarse en los comportamientos progresivo y regresivo extremos de cada uno de los miembros, lo cual tiende a polarizarse en el tiempo llevando a un círculo vicioso: juego conjunto inconsciente de la pareja.

Desde esta propuesta, Willi critica al psicoanálisis por ser extremadamente intrapsíquico y critica también a la orientación exclusivamente sistémica, porque argumenta que el sistema familia es muy distinto al sistema pareja, porque este último desarrolla su propia dinámica en la que ambos miembros "se eligen" (consciente e inconscientemente), lo que no ocurre con la familia. Y propone que las estrategias terapéuticas de pareja debieran **integrar** tanto lo psicoanalítico como lo sistémico.

Más adelante, en los 90, tenemos el aporte de Otto Kernberg, muy influido por Dicks, quién propone tres áreas importantes para el estudio de la pareja:

- 1) La vida sexual de la pareja y la satisfacción en esta área (integración del erotismo y la ternura), entendida además como la posibilidad de la experiencia simultánea de la fusión y el mantenimiento de una identidad separada.
  - 2) Sus relaciones objetales conscientes e inconscientes: cómo se llevan en la vida cotidiana, cómo están de satisfechos, qué hacen para trabajar y divertirse, ya sea juntos o separados.
  - 3) El establecimiento por parte de la pareja de un ideal del yo en conjunto (nosotros). En síntesis, la pareja establece su propio superyó con valores éticos e ideológicos profundos y compartidos.
- Se refiere a la manera de relacionarse con su medio social, con la familia, con los hijos, con los valores culturales generales, etc.

Kernberg afirma que si estos tres niveles funcionan mal, lo más probable es que la pareja acabe rompiéndose. Si, como mínimo, uno de ellos funciona, los conflictos de pareja pueden ser tratados psicoterapéuticamente. Partiendo de la base que estas disfunciones son generadas por conflictos del pasado en cada participante de la pareja, que no han sido resueltos y que están presentes en los conflictos actuales.

De acuerdo a su teoría habría un intento mutuo de curar y reparar al objeto reencontrado en la pareja, a través de la identificación proyectiva, y luego, encontrar a través de la identificación introyectiva un nuevo y más integrado self.

Junto con esto, Kernberg subraya la importancia de la integración de la libido y la agresión, el amor y el odio, con predominio del amor por sobre el odio en la relación de pareja, llevando esto a un equilibrio más saludable. Él vincula dicho equilibrio al goce sexual, que mejora la calidad de la relación total de la pareja.

Como podemos deducir, desde las orientaciones más clásicas, la terapia de pareja estuvo más orientada hacia la primacía del conflicto, tanto desde lo intrapsíquico como en las relaciones interpersonales. Con mucho menor consideración de la complejidad de la influencia mutua, de la regulación mutua y del reconocimiento mutuo entre los miembros de la pareja.

La Teoría de Relaciones Objetales por ejemplo, subraya conceptos como escisión, proyección, y más aún, identificación proyectiva, en la que lo que se experimenta como indeseable, se proyecta en el otro miembro de la pareja, induciendo a éste a identificarse realmente con esa parte del self no deseada. Este mecanismo permanece inconsciente para ambos miembros de la pareja, hasta que se revela en la terapia.

En este punto, el Psicoanálisis Relacional ha hecho un gran aporte a través de autoras como Jessica Benjamin (1997) (Pág, 54 a la 57) quién se ha ocupado extensamente del concepto de reconocimiento mutuo, el cual podemos aplicar también a lo que ocurre en la pareja.

Benjamin nos explica que el reconocimiento mutuo no está de ningún modo predeterminado a pesar de que lo entendemos como una necesidad del individuo que, si no se satisface, inevitablemente resultará en dificultades, o incluso daño. Si fracasa el reconocimiento mutuo hay dominación, pero la constitución de la subjetividad y de la relación sí mismo-otro es una base material necesaria para la intersubjetividad no coercitiva.

Esto implica una tensión dialéctica entre autonomía y reconocimiento. Se requiere trascender la relación de sujeto a objeto, a una de sujeto a sujeto (tensión dialéctica). Sería, según Benjamin una tensión necesaria entre independencia/dependencia entre sujetos. Esto incluye la idea de ruptura, de imposibilidad de sostener esa tensión, así como tomar en cuenta la posibilidad de reparación después del fracaso. El reconocimiento mutuo es significativo como ideal sólo cuando se lo entiende como base de la lucha y la negociación del conflicto, cuando su imposibilidad y la lucha por tenerlo aparecen adecuadamente incluidas en el concepto.

## La necesidad de reconocimiento entrafia una paradoja fundamental

En el momento mismo de reafirmar nuestra propia voluntad independiente, dependemos de otro que la reconozca. En esta paradoja está encarnada la tensión dialéctica constante entre la afirmación del self versus el reconocimiento del otro. Esto último hace mucho sentido cuando se trata de entender la relación de pareja y el desafío que implica construir un espacio que valide a ambos participantes (la tarea del terapeuta). Por otro lado, en la dimensión sexual de la pareja, se hace necesario incluir tanto la relación de sujeto a sujeto, como la de sujeto a objeto (sexual), para dar cabida a la complejidad de las fantasías sexuales que pueden enriquecer el encuentro sexual/sensual y la satisfacción en la relación.

La pareja es de la mayor relevancia para la autorealización en una relación comprometida de larga duración: se trata de la realización de la experiencia del self en una relación íntima. Y esto dado que el matrimonio pasó de ser un acuerdo social entre familias o naciones, a ser una opción personal. Los miembros de la pareja se unen por un anhelo (deseo consciente/inconsciente). En este sentido, prácticamente todos los autores coinciden en que esa necesidad de intimidad lleva a la pareja a la construcción inconsciente de una “**mente propia**” (terceridad), a un “**nosotros**” que ayuda en la satisfacción de dicha necesidad tan profunda y que compromete a ambos miembros de la pareja. Sería una forma de complementariedad inconsciente a través de los procesos de proyección e identificación proyectiva que se establecen en la pareja.

Otros autores, por ejemplo, desde el psicoanálisis vincular, lo han definido en términos de “**zócalo inconsciente**” (Puget y Berenstein, 1988). Lo que se refiere a los acuerdos y pactos inconscientes que articulan la especificidad de cada pareja. Se trata de la estructura profunda reguladora de la pareja, lo que subyace a todas las modalidades de interacción y que aparecen en la vida diaria de una pareja y determinan la forma de ser pareja.

Dentro de la concepción psicoanalítica relacional, me referiré más específicamente a la *Psicología del Self*, que en las últimas décadas ha desarrollado una interesante manera de entender y tratar la problemática de pareja. Desde esta mirada contamos con dos autores que han hecho un gran aporte a la intervención clínica: Carla Leone (2008) y Philip Ringstrom (2018).

En lo sucesivo examinaremos su propuesta pues me parece que contiene un gran aporte para la clínica con parejas, tanto desde la comprensión de la constitución del self de cada uno de los integrantes de la pareja, y de cómo se enactúa ésta en el campo intersubjetivo de la relación: ambos miembros son objetos del self, el uno para el otro.

Desde esta perspectiva, las dificultades de ambos miembros serán entendidas desde una falta de sintonía y de traumas históricos más que por fallas pulsionales. La crianza sería la responsable de la angustia. Por lo tanto, las correcciones en las relaciones self objeto sería lo mejor para la reconciliación de las diferencias potencialmente retraumatizantes en la relación de pareja, que es por definición una relación self-objeto, que movilizará los principios organizadores inconscientes de la experiencia y patrones relacionales aprendidos.

En síntesis, en la terapia se busca la reorganización de estas tres dimensiones: realización del self, reconocimiento mutuo y construcción de una mente propia para la pareja. Para ello será clave que el terapeuta se involucre de una manera profundamente empática **con ambos miembros de la pareja**. Transmitiendo su comprensión con respecto a lo que significan las quejas de la pareja para cada uno de ellos, en un lenguaje que ambos puedan comprender. Se trata de facilitar nuevas experiencias relacionales con el terapeuta las que eventualmente, a posteriori podrán ser llevadas a la interacción de la pareja. El terapeuta intenta responder en sintonía a las necesidades conscientes e inconscientes de cada miembro de la pareja, que pueden no estar siendo satisfechas, especialmente cuando la necesidad de uno, se encuentra enfrentada a la del otro que puede ser opuesta. Un ejemplo clásico de este dilema es cuando muchas mujeres pueden sentir que la pareja sólo necesita sexo cuando ellas necesitan ternura (y viceversa). Es decir, lo que satisface a uno deja insatisfecho al otro.

El terapeuta podrá percibir que detrás de esto muchas veces hay viejas heridas infantiles e incomunicación de las mismas, por tratarse de aspectos que han quedado inconscientes en ambos, pero que se expresan en la dinámica de pareja. El terapeuta

ofrecerá un setting seguro que propicia la comunicación y la cercanía afectiva, al tiempo que evita heridas narcisísticas mutuas. Puesto que en la relación de pareja inevitablemente se vivirá la dolorosa repetición de fallas tempranas en la relación sí mismo-objeto.

Dichas fallas llevarán a un déficit en la autoestima, que perjudica el sentido positivo y cohesivo del self, lo que hará a esa persona más vulnerable y dependiente de la confirmación del otro para regular e integrar los afectos, a la vez que una mayor necesidad de sintonía. Junto a una menor capacidad de ser sensibles al otro. Esto constituye un clásico círculo vicioso que está detrás de muchas quejas de pareja.

Lo paradójico es que la búsqueda de figuras similares a las tempranas encierra la posibilidad de corregir y reparar esas fallas, pero también la posibilidad de repetirlas. En este modelo terapéutico, el objetivo es ayudar a ambos miembros de la pareja, a volverse más capaces de servir como una fuente de experiencias de reconocimiento mutuo. Junto con tolerar las inevitables fallas empáticas que se producirán, sin experimentarlas tan amenazantes para el self, confiando en que tales rupturas de la empatía se podrán reparar prontamente, sin retraumatizarse mutuamente.

La intervención terapéutica incluye la reflexión empática y la interpretación de los conflictos. También podrán incluirse intervenciones directivas, cuando éstas faciliten la experiencia de relación sí mismo-objeto entre ambos miembros.

Desde mi forma de trabajar, muchas veces incluyo tanto el humor como algunos ejercicios de Role Playing para la renegociación de los conflictos y círculos viciosos que se repiten en el tiempo, ya que las parejas quedan atrapadas en ciclos de reactividad emocional, cada uno culpando al otro y viéndose a sí mismos como víctimas, tomándose muy en serio a sí mismos.

Se trata entonces de explorar el guion que la pareja repite una y otra vez sin mayor conciencia. El terapeuta intenta ayudar a la pareja a comprender la naturaleza circular de su callejón sin salida y las formas en que ambos son víctimas y co-creadores (involuntarios) del ciclo. Exploramos formas de identificar y trabajar con las vulnerabilidades y estrategias de supervivencia de cada pareja, a menudo arraigadas en la familia de origen y en el contexto social más amplio.

## Síntesis y Conclusiones

Me parece interesante hacer referencia a los elementos en común que la mayoría de los autores proponen para el trabajo con parejas. Ellos concuerdan en que es muy importante la construcción de un **"nosotros"**, una identidad única que los caracteriza y que les da un referente que es un logro trascendente, tanto individual como de ambos. En este sentido se hace imprescindible conocer la historia de la pareja y las circunstancias en las que ésta se inició, atendiendo a las motivaciones tanto conscientes como inconscientes de cada uno de los miembros, lo mismo que la historia de vida de cada uno de ellos, de manera de ir compartiendo con la pareja estos hallazgos y la importancia que puedan tener para entender los conflictos que enfrentan al momento de la consulta.

Desde un punto de vista técnico, me hace mucho sentido trabajar con la introspección empática con cada miembro de la pareja, lo cual me permite actuar desde la terceridad, ofreciendo un espacio y una perspectiva nueva de la dinámica que ellos comparten, permitiendo una percepción menos lineal de los conflictos, con un aire nuevo que propone otra mirada.

### Referencias:

- Benjamin, Jessica: Sujetos iguales, objetos de amor: ensayos sobre el reconocimiento y la diferencia sexual, 1997. Paidós Ibérica.  
 Dicks, H. V. : Tensiones Maritales, 1970. Buenos Aires: Hormé.  
 Kernberg, O: Relaciones Amorosas, 1995. Paidós.  
 Masters y Johnson: Human Sexual Inadequacy, 1970. Ishi Press.  
 Leone, Carla: Couple Therapy from the Perspective of Self Psychology and Intersubjectivity Theory. Psychoanalytic Psychology, 2008, Vol 25, N°1, 79-98.  
 Puget, Janine - Berenstein, Isidoro: Psicoanálisis de la Pareja Matrimonial, 1988. Cap.8. Paidós.  
 Ringstrom, Philip: La Perspectiva Psicoanalítica Relacional en la Terapia de Pareja. Revista Electrónica de Psicoterapia. Clínica e Investigación. 2018.  
 Willi, Jurg: The Concept of Collusion: A Combined Systemic-Psychodynamic Approach to Marital Therapy. Family Process 23: 177-185, 1984.

# JORNADAS

## COMENTARIO

Marta del Río

Médico psiquiatra, docente adjunto en Universidad Católica de Chile, miembro APPR.

E-mail: delrio.amarta@gmail.com

Después de escuchar ambas presentaciones queda claro que, tratándose de terapias de pareja, se necesita mucho más que una teoría, y mucho más que un instrumento. Desde la perspectiva sistémica, se nos entrega un aporte fructífero respecto a los patrones relacionales en los que se desarrolla una relación de pareja, no hay nada más eficaz que esas miles de horas de observación detrás del espejo del proceso relacional que finalmente dan una capacidad de leer el camino de los conflictos que se desarrollan en la relación de pareja. Cada movimiento de acercamiento, distanciamiento, tanto verbal como no verbal. La reiteración y entrapmes, o impases, como diríamos ahora. Además de la capacidad de incluir múltiples factores: socio culturales, los elementos transgeneracionales de la conformación de la relación de pareja y los elementos sociales desencadenantes de los conflictos. Por ejemplo, la pandemia puso una lupa sobre las dinámicas de pareja que se vieron forzadas a resolver en el encierro, o bien a enfrentar el quiebre, situación de muchas relaciones ante la imposibilidad de tolerar tanta cercanía.

Ahora, cuando nos queremos acercar más a la comprensión de las defensas que se desarrollan al interior de la relación de pareja, parafraseando lo que dice en su artículo Ringstrom “la teoría sistémica me queda corta para comprender a cada sujeto dentro de la relación” (2018, p. 63). Sentimiento con el cual me identifiqué plenamente y que definió el camino de mi formación como terapeuta. Como se puede ver claramente en ambos casos presentados, hay una ruptura, un quiebre en el contacto emocional de las parejas. Están cerradas en una circularidad complementaria en términos de defensas que les impide incluso llegar a formular el conflicto. Aparece la distancia sexual en una y la distancia emocional en la otra, como síntomas centrales.

¿Cómo logramos configurar un “conflicto” en que la pareja y el terapeuta estén de acuerdo para crear una alianza de trabajo? Un conflicto en que todos vamos a estar de acuerdo como tal y se instalará como una verdad compartida (Ringstrom, 2018).

¿De qué nos sirve instalar ese mástil? Es un objetivo de trabajo común en el cual vamos a centrar el proceso, todo lo que sucederá en relación a este conflicto, a los acuerdos que se pedirán en términos de interacción, o tareas a realizar para resolverlo. Muchas veces sabiendo que están destinadas al fracaso, porque lo que nos interesa no es lo obvio, que hagan la tarea, sino en qué problemas hay al momento de realizarla.

### ¿Y por qué esto es tan importante?

A simple vista es desesperanzador pero es fundamental, porque nos encontramos con todas las defensas que aparecen frente a un cambio con el cual todos estamos de acuerdo -pacientes y terapeutas- y que no podemos realizar. Esas fuerzas internas que nos dejan paralizados, “el olvido”, la postergación, la evitación de la intensidad emocional que nos hace sufrir y no queremos sentir. Finalmente nos encontramos con los sujetos y sus defensas que están asociadas a los principios organizadores de su mundo interno con defensas que están relacionadas con sus historias y los dolores de su desarrollo.

Y en este momento aparece en nuestras herramientas el psicoanálisis relacional y el estudio de cómo se construye esta subjetividad. Sabemos el significado que está tomando este sentimiento, que se da en la relación que está delante de nosotros. Pero también sabemos que esa lectura de ofensa y de dolor no es de acá, es de nuestra forma de sentir, que traemos de nuestra historia y tiene que quedar al descubierto para todos; especialmente para el otro miembro de la pareja, para que finalmente aparezca la empatía y la capacidad de encuentro.

Y aquí viene la pregunta de oro, ¿cómo se hace? En el trabajo de Bárbara se puede ver que propiciar un espacio donde puedan emerger las preguntas, así como la constatación de que la falta de intimidad era de mucho antes de llegar a la cama. Y sólo con la aparición del fragor del conflicto, con los afectos a flor de piel, se re actualizan los sentimientos con qué estaba asociada

la distancia -"con quién estás, con ella o conmigo"- y solo cuando se re establecen los sentimientos de lealtad aparece la intimidad emocional y de ahí la capacidad de buscar un encuentro sexual, que no es fácil.

Cómo lograr que este proceso se dé exitosamente. Desde el modelo relacional sin duda el concepto de tercero, terceridad, la creación de un tercero es fundamental. Hay varios autores que han desarrollado la teoría de campo y de terceridad. En el caso del modelo de Ringstrom, la usa a través de los conceptos de reconocimiento mutuo de Jessica Benjamin (2006), que nos permite salir de la complementariedad binaria en la que tan fácilmente caen las parejas.

El problema de las complementariedades binarias está basado en un punto ciego común inconsciente, como se ve claramente en el ejemplo de Francisca, ambos se alejaban como modo de defensa, lo que era leído por el otro, como una falta de amor y de interés. Solo el estudio detallado del conflicto, y la lectura de cómo se construyó la distancia permitieron hacer emerger los mecanismos más profundos e inconscientes de la relación. Este proceso compartido donde los tres podemos mirar qué fue lo que pasó y cómo se arma el conflicto es el tercero. Esta capacidad se la tiene que incorporar la pareja para poder continuar resolviendo sus conflictos futuros. Sin esta profundización lo más probable es que todo vuelva a lo anterior.

Francisca por ejemplo, podría haberse quedado con la demanda inicial de ayudar a separarse y sacar un acuerdo viable de separación, pero es probable que a corto plazo hubiéramos estado nuevamente en un "no puedo contigo" y "no puedo sin ti". Todas las parejas se forman con el anhelo de poder reparar en la relación las heridas de su propia historia, pero como las heridas suelen ser del mismo tipo -por algo se elige a esa persona y no otra- desarrollan un estilo defensivo muchas veces complementario en los polos de la progresión o regresión como tan bien lo trajo a este campo Willi (2002). Nos sentimos engañados "tú, que eras tan activo y fuerte, no vengas a ponerte débil ahora", o "tú, que eras tan dulce y amoroso, no te puedes poner crítico o exigente".

Esto no es una mirada fatalista de la pareja, sólo una constatación de cómo nos organizamos en la vida de pareja en el mundo occidental y especialmente después del término de los matrimonios concertados. Aparecen las demandas que se repartían en el entorno familiar y el placer o sentido del deber cumplido. Aparece la exigencia que toda la satisfacción de las necesidades de cuidado, de amistad, de colaboración, etc., se den dentro de la relación de pareja, que cada vez está más aislada y lejos de sus redes familiares. Con toda esta carga las relaciones tienen alto grado de frustrar al otro en alguna de las múltiples áreas que se espera que resuelva o empaticice la pareja.

En un mundo altamente competitivo laboralmente y socialmente, donde todos tienen que tener éxito, realizarse en términos personales, hacer deporte, salir con sus amigos, etc. Es muy difícil que se desarrollen las tareas "laterales", o de postergación total como es la crianza, sin que se generen sentimientos de pérdida, de abuso, etc. Y que fácilmente sean proyectadas al otro en la relación. Parte de la madurez de una relación es aceptar que la pareja no nos va a llenar nuestras carencias, no va a resolver nuestros conflictos en relación a la soledad, la vocación, el trabajo, etc. Y que el otro va a mantener sus necesidades, a pesar de ser distintas a nuestros deseos.

La relación de pareja es una decisión de compartir la vida con alguien, unirse frente a los desafíos, acompañarse en los dolores. La aceptación del otro como es y tomando lo que nos puede dar, da mejores resultados que estar permanentemente esperando algo que el otro no puede dar. Parece simple pero es muy difícil. Aceptar que al final las tareas vitales, el desarrollo emocional, intelectual es una tarea propia, alguien puede estar ahí, te puede ayudar, apoyar, querer pero sigo siendo algo propio.

#### Referencias:

- Benjamin, J. (2012). El Tercero. Reconocimiento. En la revista Clínica e Investigación Relacional volumen 6 (2) Junio 2012.  
Lewis, A. (2006). Analytic Impasse and the Third: 2006 Clinical Implication of intersubjectivity Theory en International Journal of Psychoanalysis, número 87 páginas 349-368.  
Ringstrom, P.A. (2018). La perspectiva psicoanalítica relacional en la Terapia de Pareja. Clínica e Investigación Relacional, 12 (1): 60-77. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info ]  
DOI: 10.21110/19882939.2018.120105.  
Willi, J. (2002). La Pareja Humana Relación y Conflicto. Madrid: Ediciones Morata.

# JORNADAS

## INTRODUCCIÓN

### XIX Congreso IARPP

Valencia, 15 al 18 de junio de 2023.

#### “ENCUENTRO CON EL OTRO: PSICOANÁLISIS RELACIONAL EN DIÁLOGO CON MÚLTIPLES PERSPECTIVAS”

Panel de Grupo de niños y adolescentes: Experiencias clínicas sobre juego, Zoom Room, reclamo y autorrevelación.

Amy Joelson:

“Cuando el juego se detiene: una niña, su analista y Zoom”.

Roy Aldor, Phd:

“Recuperación y autorrevelación en la terapia con adolescentes con TEA”

Macarena López Magnasco:

“Discusión”

# JORNADAS

## CUANDO EL JUEGO SE DETIENE: UNA NIÑA, SU ANALISTA Y ZOOM POR AMY JOELSON, LCSW<sup>1, 2</sup>

Amy Joelson

Profesora y Directora de Educación a Distancia en el Instituto para el Estudio Psicoanalítico de la Subjetividad en NYC; Presidenta de IAPSP; autora de varias publicaciones sobre el desarrollo del niño y del adolescente.

E mail: amy.joelson@gmail.com

Cuando la psicoterapia se vio obligada a abandonar la sala de juegos y a trasladarse a una sala de Zoom, Chloe, mi paciente de ocho años, entró en pánico. Cada vez que la conexión digital fallaba, pensaba que era su culpa, lo que exacerbaba su vergüenza por sentirse inadecuada. Antes de la pandemia, teníamos un repertorio de juego establecido. Sin embargo, en el nuevo contexto mediado por la pantalla, nuestra forma familiar de jugar juntas se vio obstaculizada a pesar de nuestros esfuerzos.

Una de las preocupaciones principales de Chloe y, por lo tanto, un foco de nuestro trabajo, era su tendencia a responder a los desafíos con ansiedad, anticipando la vergüenza que sentiría si se mostraba incompetente. Yo estaba decidida a encontrar la manera de asegurar que la plataforma virtual no contribuyera a esos sentimientos, sino que facilitara su sensación de conexión y de ser una valiosa cocreadora conmigo. Chloe también estaba determinada a mantener un sentido vital de conexión, pero se sentía intimidada por nuestro cambio a Zoom.

Chloe contaba con la disponibilidad del contacto humano. Esto se hizo evidente cuando dejó de ser posible que estuviéramos juntas físicamente. Antes de la pandemia, me había confiado su aversión a la tecnología por parecerle que la forma en que las personas la usaban socavaba sus esfuerzos por sentirse cercana a ellas. El 13 de marzo de 2020, la ciudad de Nueva York, tal como la conocíamos, se detuvo. Y también lo hizo nuestro juego. La interacción espontánea que caracteriza a todo tratamiento, con niños o adultos, se volvió torpe. La pantalla se abría con un clic y ahí estábamos, cara a cara, cerca, pero sin tocarnos. ¿Cómo podríamos Chloe y yo abrazar efectivamente esta situación de una manera que afirmara y recuperara la vitalidad entre nosotras, mientras nuestros mundos se redefinían radicalmente?

El nuevo contexto creado por la pandemia del COVID desafió a los terapeutas a repensar su aproximación clínica y a cuestionar sus supuestos teóricos sobre el desarrollo. Debido al confinamiento, muchos pacientes, niños y adultos, señalaron haber perdido un año o más. Perdieron la capacidad de predecir de manera confiable cómo la vida se desenvolvía porque sus expectativas fueron transgredidas. No más clases presenciales, invitaciones a casas de amigos, fiestas, deportes ni graduaciones, eventos generalmente considerados necesarios para promover el desarrollo.

Además, con la intensificación de la atención sobre la vejez y la susceptibilidad a enfermar, los pacientes pequeños preguntaban con preocupación por mi edad, o describían sus años restantes de niñez con una tristeza nunca antes vista. La finitud había entrado en la sala de juegos. ¿Podría la combinación de aislamiento, dolor y aprendizaje remoto causar retrasos sociales y cognitivos para una generación de niños?

Antes de la pandemia, padres y especialistas se preocupaban de que el desarrollo infantil pudiera verse dificultado por fenómenos culturales como las redes sociales y los videojuegos. El escritor de *The New York Times*, Richtel (9/12/20), encontró

---

1- Trabajo editado con posterioridad al presentado en Valencia, 2023.

2- Traducción realizada por María Inés Aliaga (maliaga@uc.cl).

consuelo en el estudio longitudinal de Elder sobre los niños que crecieron en la época de la Gran Depresión. Elder (1974) concluyó: "En un grado inesperado, el estudio de los niños de la Gran Depresión siguió una trayectoria de resiliencia entrada la mediana edad". Destacó su mayor motivación de logro, la cristalización temprana de sus planes de carrera y la independencia económica. Aprecio la "perspectiva vanguardista" (Kohut, Lachmann) del autor sobre cómo esa generación de niños respondió a los desafíos de crecer durante la Gran Depresión. Sin embargo, Elder omite múltiples factores, aparte de las dificultades financieras, que influirían en la trayectoria de cada individuo, tales como la experiencia particular que cada niño tiene sobre cómo su familia se recupera de una situación adversa. ¿Podrían los niños que sufrieron el confinamiento durante la pandemia del COVID mostrar una resiliencia similar que contribuyera positivamente a su desarrollo? Mientras que la Gran Depresión presentó un desafío en términos de autosuficiencia y manejo financiero, el confinamiento del COVID planteó una experiencia más comunitaria, resaltando el valor de participar y depender de otros, especialmente en la medida que el sentido de comunidad (escuela, oficina, familia, vecindario) de cada persona estaba cambiando. A diferencia de la Gran Depresión, el brote mundial del COVID hizo evidente cómo todos estamos interrelacionados a nivel local y global.

La teórica de sistemas dinámicos no lineales, Ester Thelen (2005), describe el desarrollo como un río: el curso está codeterminado por el flujo constante del agua y por la naturaleza del entorno con que se encuentra, con el río y el cauce dándose forma y moldeándose mutuamente. Esto coincide con el sistema de influencia recíproca momento a momento de Beebe y Lachmann (2002, 2013), y con la teoría de sistemas intersubjetivos de Stolorow et al. (2008). Estas teorías ven al individuo y al contexto como intrínsecamente entrelazados. Así, podemos apreciar que cada niño presenta un estilo de desarrollo único que emerge de interacciones complejas. Con el tiempo, la complejidad aumenta y promueve un nuevo crecimiento. Por lo tanto, no hay vuelta atrás a un período anterior; la idea de que un individuo regrese o se congele en el tiempo no tiene sentido.

La buena noticia es que, ante la pérdida, el trauma, la depresión o la pandemia, el desarrollo no se detiene. Lo que podría parecer una detención o una regresión, puede entenderse más bien como un interludio para la reflexión intensa y el surgimiento de soluciones creativas. Cada individuo labra su camino fuera de su particular paisaje, interactuando con los giros y vueltas de ese paisaje que va cambiando. En terapia, el cambio también surge a partir de los esfuerzos conjuntos de terapeuta y paciente por responder a los desafíos que van emergiendo de manera impredecible.

Chloe y yo nos sentimos desafiadas en 2020 por el paso de la terapia presencial a la online. Con el tiempo, co-creamos un nuevo modo de estar de manera que la tecnología misma pudiera contribuir a la riqueza de nuestra comunicación y juego, en lugar de ser un obstáculo. Sin embargo, primero tuvimos que lidiar con la aparente pérdida de nuestra capacidad para jugar.

Este artículo desarrolla la afirmación de Winnicott (1971) sobre el juego: "La psicoterapia tiene que ver con dos personas jugando juntas. El corolario de esto es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta es llevar al paciente de un estado en que no puede jugar a uno en el que le es posible hacerlo" (p. 38).

En mi experiencia, este proceso de aprender a jugar juntos puede ocurrir repetidamente a lo largo del tratamiento. A medida que cambia el contexto, el paciente y el analista se mueven juntos dentro y fuera de un estado en el que pueden jugar; dentro y fuera de una atmósfera de constricción y libertad. Llevar al paciente a un estado en el que pueda jugar es un proceso bidireccional en el que tanto analista como paciente cocrean esta capacidad. Cuando el juego se detiene, puede ser porque se experimenta inseguridad o se tiene la sensación de que una relación importante está en peligro. Puede surgir la vigilancia o la retirada. Sin embargo, cuando el juego se detiene, no significa que la relación o la colaboración entre analista y paciente haya llegado a su fin. Más bien, puede reflejar un contexto desafiante más amplio en el que ambos participantes están inmersos. Podría indicar que algo nuevo está emergiendo, un desarrollo nuevo que requiere un tiempo de gestación, transición, comprensión y reorganización. Puede parecer que el juego se detiene, pero algo importante está ocurriendo.

Veamos cómo evolucionó la capacidad de jugar en mi tratamiento con Chloe. Nuestro juego no tenía tanto que ver con juguetes o juegos propiamente, como con mantener la vitalidad en la interconexión relacional. Eso es lo transformativo del juego. Si bien el proceso que describo es particular a nuestra época en el contexto del COVID, la comprensión de la matriz social y del desarrollo individual subyacente es aplicable a cualquier edad, a un tratamiento con niños y adultos por igual.

### **El tratamiento de Chloe: De la sala de juegos a la sala de Zoom**

Chloe comenzó su tratamiento conmigo a los 6 años. Sintió que algo estaba mal en ella cuando se dio cuenta que su hermana menor había logrado dejar los pañales de noche antes que ella. En la escuela, su sentimiento de vergüenza aumentó al percibir que su desarrollo socioemocional y académico no era como el de sus compañeros. Su desarrollo era en ciertos aspectos atípico, pero fue su aguda observación de sí misma, y de sí misma con los demás, lo que la llevó a sentirse diferente de un modo que la avergonzó.

Chloe y yo llevábamos dos años trabajando juntas cuando, en marzo de 2020, la pandemia golpeó la ciudad de Nueva York. Ella tenía 8 años. Las preguntas sobre los virus y las vacunas estaban en el aire. Para nuestra última sesión en persona antes del confinamiento, jugamos al doctor, un juego imaginario que solíamos hacer a menudo. Ella les ponía inyecciones a las muñecas y títeres enfermos alineados en el sofá, y les explicaba de manera tranquilizadora por qué necesitaban vacunas. Se deleitaba con cómo yo daba voz a la reacción temerosa de cada paciente. Nos abrazamos al despedirnos, creyendo ella y esperando yo que la pausa fuera de dos semanas. Luego descubrí el regalo que me había dejado: pegado en mi pared, había un dibujo de una jeringa grande, ¡una vacuna! Esto fue una pista del talento de Chloe para ver el panorama completo, que en este caso era el virus que se propagaba y la necesidad de una cura para el COVID.

Después de la pausa de dos semanas, Chloe y yo comenzamos a reunirnos por Zoom, lo cual fue emocionante y angustiante al mismo tiempo. ¿Cómo podríamos abrazarnos, cómo podríamos jugar? Estas preguntas me conmovieron de manera especial ya que hicieron que me diera cuenta de lo cruciales que eran el juego físico y el tacto en su tratamiento. Cuando comenzaron las clases online, Chloe se angustió al ver en la pantalla los recordatorios parpadeantes de la vida escolar que extrañaba. En persona, la manera que tenía de vincularse con sus profesores la había tranquilizado. Sin su presencia física, en cambio, se sintió abrumada. Se veía a sí misma en la pantalla de su computador en un pequeño recuadro en una cuadrícula de muchos, y se percibía irremediablemente rezagada respecto a sus compañeros. El cambio había sucedido tan rápido. Se sentía confundida, desesperada e incapaz de concentrarse. Los padres de Chloe fueron sensibles a su creciente sensación de incompetencia y, con mi apoyo, optaron valientemente por retirarla de la escuela. Su elección de “desescolarización” fomentó la curiosidad y creatividad de Chloe.

Mudarse a la casa de campo de la familia también ayudó a crear en Chloe una sensación de seguridad. Pero las visitas a la ciudad eran estresantes, especialmente cuando la familia de Chloe encontró su hogar vandalizado durante los disturbios por la justicia social. Cuando Chloe se conectaba conmigo por Zoom desde su habitación en la ciudad, revelaba su miedo a los ruidos fuertes que venían de la calle. ¿Eran sonidos de sirenas? ¿O protestas? Me mostraba la vista desde su ventana, necesitando que escuchara lo que ella escuchaba. Anhelaba lo segura que se había sentido la vida antes del COVID.

A medida que la pandemia continuó en la primavera, Chloe estaba ávida por mostrarme su mundo a través de Zoom. Hacía presentaciones de sus muñecas, libros, mascotas, su hermana y su hogar. Al saludarnos, siempre sonreíamos entusiastamente. ¡Ahí estás! ¿Puedes oírme? Pero al intentar que nuestra interacción se mantuviera significativa por 45 minutos, parecía que ella estaba tratando de entretenerme. A veces mi sonrisa se sentía forzada e imaginaba que la suya también. Con sonrisas congeladas en nuestras pantallas de Zoom, cada una trataba de tranquilizar y transmitirle a la otra que estábamos bien y felices de estar juntas. El juego parecía imposible. Mis observaciones y preguntas parecidas-a-las-terapéuticas en relación a cómo se las estaba arreglando rara vez captaban su atención.

Chloe se sentía desconcertada por la tecnología que se había vuelto intrínseca a nuestra comunicación. Cuando tocaba accidentalmente algo que hacía que mi imagen desapareciera de su pantalla, entraba en pánico por la pérdida de conexión y gritaba, “¡MAMÁ!”. Su temor a ser incompetente daba un salto hacia adelante. Estaba convencida de que había roto el computador o, tal vez, nuestra conexión. Yo trataba de guiarla, pero no podía concentrarse en el sonido de mi voz si no podía ver mi rostro.

Antes de la pandemia, cuando nos veíamos en persona, Chloe encontraba consuelo en mi presencia y participaba de lleno en el juego imaginario compartido, saltando espontáneamente por mi consulta, usando mi espacio y objetos a su antojo, segura de que yo estaba con ella. En Zoom, la espontaneidad de nuestro juego se veía interrumpida. Sin embargo, reconocí la lucha de Chloe por mantener un sentido consistente de mi presencia. Se sentía constreñida por tener que permanecer frente a su computador para que yo pudiera verla en el mío. El estar cara a cara, Zoom a Zoom, no le permitía imaginar de la manera que solía hacerlo, tan libre y expansivamente en mi consulta.

Ocasionalmente, surgía un momento divertido de juego imaginario, pero tan rápido como comenzaba, ella lo frenaba, declarando tajantemente: “Esto es solo un juego imaginario”, como si alguna de nosotras pudiera confundirse. De esta manera, ella terminaba el momento de espontaneidad. Cuando yo intentaba extender lúdicamente el juego, ella no lo recibía bien, como si el que yo hiciera voces tontas estuviera fuera de lugar para mi compañera seria. Si alentaba a Chloe a ser juguetona, corría el riesgo de que sintiera que la estaba tratando como a una niña más pequeña. Ella necesitaba que yo viera su creciente madurez y conciencia de las consecuencias que estaba teniendo en ella la gravedad del acontecer mundial. Cada una de nosotras lidiaba con el impacto de los eventos sanitarios mundiales en nuestras respectivas vidas cotidianas al interior de nuestros hogares. Hablábamos ocasionalmente sobre el shock que le producía que el mundo se estuviera cerrando, y la frustración por no poder reunirnos en persona. Sin embargo, ella no podía o no quería hablar sobre el daño en su hogar, sus problemas para dormir o su miedo a que la gente muriera.

Para mí, revivir nuestro antiguo juego con títeres y muñecas parecía fuera de discusión. Adicionalmente, me di cuenta que para ella era crucial iniciar el juego, en lugar de seguirme a mí. A la lista de cosas perdidas durante la pandemia se agregaba, aparentemente, nuestra capacidad para jugar. Quizás Chloe experimentaba la combinación de distanciamiento social, sirenas de ambulancias, disturbios y aparente imprevisibilidad de casi todo como demasiado abrumadora y demandante de su atención cognitiva como para permitirse jugar libremente.

En septiembre, a seis meses de haberse iniciado la pandemia, la vida en confinamiento era considerada una manera de estar. Dos eventos significativos emergieron: el primero fue que Chloe retomó las clases online y demostró estar lista para el desafío. El segundo tuvo que ver con una conversación entre Chloe y su madre después de una sesión conmigo, después de clases, en la que ella se encontraba comprensiblemente agotada. Su madre le sugirió a Chloe, y más tarde a mí, que acortáramos las sesiones de 45 a 30 minutos. Yo apreciaba los esfuerzos que la madre ponía en el tratamiento. Sin embargo, su bien intencionada propuesta tuvo un efecto paradójico. Reflexionando, me doy cuenta que la perspectiva de acortar las sesiones nos presentaba un desafío nuevo y con carácter de urgente a Chloe y a mí: ¿cómo podíamos aprovechar al máximo nuestro tiempo juntas? Esta pregunta nos llevó a ambas a redoblar nuestros esfuerzos por vitalizar nuestra conexión. Reflexioné sobre cómo nuestro trabajo podría ayudar a Chloe a transformar las experiencias no deseadas en algo que pudiera enfrentar y hacer suyas. Es decir, cómo podía tomar estos eventos que le ocurrían a ella, a nosotras, y escribirlos resilientemente en su propia historia.

La semana siguiente, con un renovado sentido de propósito, Chloe revivió el juego de “la escuela” que no hacíamos desde antes de la pandemia. Ella era la profesora y ocupaba una muñeca grande como su alumna. Tomé su uso de la muñeca como una señal para reintroducir los títeres de muñecos y de perritos que ella solía disfrutar en mi consulta. Estaba encantada de descubrir que los había llevado a mi nueva oficina en casa, a nuestra sala de Zoom. Nuestro juego adquirió una cualidad nueva.

Una vez más, yo era su asistente, sosteniendo a tres estudiantes para que ella los viera por Zoom, y dotándolos de distintas personalidades. Por ejemplo, Bowzer, el bulldog, era emocionalmente expresivo. Como un coro griego en una obra de teatro, él amplificaba y explicaba las emociones que fluían entre nosotras. Y Jonny, un adorable y tímido cachorro, estaba muy rezagado en matemáticas y temeroso de cometer errores. Chloe dibujó una botella de ketchup y dijo de manera muy seria: "Jonny, tienes mucho ketchup<sup>1</sup> que hacer, pero no es la comida".

En nuestro juego, Chloe se centraba en mostrarme lo capaz y cariñosa que era como profesora. Combinaba creativamente la imaginación y el juego de roles para desarrollar su competencia y preparación académica. A través de los personajes en el juego, yo podía abordar con facilidad la preocupación de Chloe por su capacidad intelectual, su temor persistente a quedarse atrás y su determinación a tener éxito. Su preocupación por haberse perdido experiencias importantes también se revelaba en su decisión de tomar fotos de la clase para nuestro anuario escolar imaginario.

Chloe nunca volvió a quejarse de que las sesiones fueran demasiado largas; al contrario, empezó a sentir que terminaban demasiado pronto. Le enseñé a hacerse cargo de finalizar la sesión haciendo clic en "Salir de la reunión", y eso a veces ayudaba cuando el final se sentía demasiado abrupto. En una sesión, nuestro tiempo se acabó justo cuando ella estaba lista para comenzar la lección de matemáticas de Jonny. Ella era sensible a los miedos de Jonny y me suplicó que nos extendiéramos para poder llevar a cabo su plan para él. Le di tiempo adicional, pero no fue suficiente. Frustrada, hizo clic estoicamente al decir "adiós".

En la siguiente sesión, Chloe retomó nuestro juego de la escuela, dando la bienvenida a cada estudiante, y a mí, con una canción: "Bienvenida, Amy". Luego llegó el momento de matemáticas y ella tenía algo importante que mostrarme. Hizo aparecer su iPad, asegurándose de que yo pudiera verlo ("¿puedes verlo ahora... qué tal ahora?"), y luego presionó "reproducir". Lo que se reprodujo fue un video de Chloe realizando la lección de matemáticas de Jonny, una lección sobre "duplicar". Lo vimos juntas. Ahora tenía duplicados de Chloe en mi pantalla. Ella estaba en vivo conmigo en Zoom y también, en un cuarto de mi pantalla, aparecía en un asombroso video pre-grabado que ella misma había creado. En su lección pre-grabada, explicaba el concepto de duplicar a Jonny y le aseguraba que podía aprender. Lo demostraba con problemas matemáticos que ella había inventado y que luchaba por resolver. Lo alentaba: "Ves, Jonny, está bien tomarte tu tiempo. Yo también tengo que tomarme tiempo". Fue una larga lección.

Mi mirada iba de un lado a otro entre las dos imágenes de Chloe. Era sorprendente cómo aparecía igualmente animada en cada parte de mi pantalla. Luego, al prestar atención a ella en el video, la Chloe real y en vivo salió de la habitación, de su dormitorio. Sentí un nudo en el estómago. ¿Volvería? Me sentí engañada, pero también fascinada por lo creativa que había sido en usar la plataforma de Zoom para comunicar su experiencia. Me había ocurrido con otros niños que se alejaban o apagaban el video, intentando engañarme intencionalmente, pero esto se sentía diferente. ¿Chloe se estaba vengando porque yo había terminado la sesión anterior? ¿O estaba llevando a cabalidad su plan inicial para la lección de matemáticas de Jonny? Yo estaba impresionada de que ella hubiera continuado nuestra sesión anterior después de que yo la había terminado, grabando en su iPad el juego que yo había interrumpido. Demostró cómo permanecía vinculada a mí, evocando mi presencia entre sesiones, confirmando la vitalidad duradera de nuestra relación. Además, ideó una manera de moverse con soltura durante nuestras sesiones de Zoom, dando cuenta de un nuevo sentido de libertad.

Mediante su truco de duplicarse a sí misma y salir de la habitación, Chloe me comunicó cómo había sido su experiencia de pasar repentinamente de la vida en persona a la vida online, de la co-presencia encarnada a una pantalla que puede fallar, prenderse y apagarse. Ahora entendía su experiencia de una manera más visceral que antes; comprendía la confusión que

---

1- Nota de la traductora: en inglés, juego de palabras que hace Chloe con la palabra "ketchup" que suena como "catch up" (ponerse al día).

había experimentado al ver a sus profesores online como si estuvieran en televisión. ¿Estaban en vivo, pre-grabados o eran imaginarios? Chloe aprendió aplicando su imaginación y creando su propia producción. En esta sesión, su creciente conciencia del potencial del video quedó en evidencia. ¡Qué lejos había llegado desde su miedo a romper el computador! Aprendí su lección, mientras ella deambulaba, quién sabe dónde, por su departamento.

Chloe regresó antes de que terminara su video, confirmando que había mantenido su conexión conmigo fuera de la pantalla. Jonny, el cachorro, en mis manos, la recibió de vuelta. Al volver a entrar en su habitación, caminaba erguida. Esta fue la primera vez que la vi de cuerpo entero en Zoom, ¡tanto más alta que la última vez que la había visto en persona! Captando mi presencia y admiración en su pantalla del computador, Chloe parecía orgullosa de cómo había orquestado la sesión. Representó con éxito su pregunta: ¿estás viva conmigo o estoy viendo una grabación tuya? Una grabación no es lo mismo que cuando vivimos el momento juntas en tiempo real.

La manera como Chloe experimentó mi vitalidad, curiosidad y compromiso facilitó que aumentara su resiliencia, su confianza en nuestra conexión y su dominio de la tecnología que antes solía abrumarla. A través de Zoom y otros medios audiovisuales, logró crear un sentido de orden en los eventos que observaba, comunicando así su experiencia consigo misma y con los demás. Juntas formamos un equipo dedicado a explorar, comprender y crear el mundo iniciado por Chloe. Era un mundo donde Chloe y Amy jugaban juntas. Esta viñeta ilustra cómo la mantención de nuestra relación durante la sorpresiva interrupción de la pandemia facilitó una transformación tal que Chloe pudo descubrir sus capacidades, creatividad y habilidades de producción emergentes.

El impacto de la pandemia en el desarrollo de Chloe no fue nuestro único desafío. El desarrollo continúa inexorablemente, con o sin COVID. Los contextos desafiantes solo agregan complejidad. Por ejemplo, la llegada de la adolescencia es un marcador del desarrollo particularmente dramático que puede estimular miedos, ansiedades, esperanzas y sueños específicos a todo niño en cualquier época. Encaminarse a la adolescencia durante la pandemia, en aislamiento físico de los pares, puede contribuir a que un niño se sienta desconcertado por su necesidad de saber si está en sintonía o no con esos pares. A medida que Chloe miraba hacia el futuro en su vida, se fue dando cuenta de este desafío inminente.

En el décimo cumpleaños de Chloe, supe por su madre que estaba aterrorizada de convertirse en adolescente. Todo al respecto la asustaba, desde las expectativas sociales de rebeldía hasta los cambios biológicos de la pubertad. Su pediatra le hizo saber que podía llegarle la menarquia temprano, aun cuando no había forma de predecir cuándo ni dónde. Chloe rechazó mis intentos por abordar este tema. Sin importar con cuánto cuidado lo intentara, ella pretendía no escucharme mientras trataba de regular su reacción ante lo que estaba emergiendo. Estaba determinada a seguir sintiéndose una buena niña hasta decidir cómo enfrentar la perspectiva de la pubertad. Sin embargo, un mes después, ante mí, la naturaleza de sus videos cambió. La observé mientras creaba videos de rock en vivo. Su música pasó de Disney a rock distópico. Con canciones como "I'm a baaaad guy" (de Billie Eilish, 2019), bailaba y se contoneaba frente a mí por Zoom. Estaba practicando ser una adolescente, jugando con ello, dando la bienvenida a su próximo desafío evolutivo.

Durante una sesión, en lugar de seguir bailando sutilmente en mi silla, interpreté su baile como una invitación y me levanté para moverme con ella. Bailamos juntas, rock'n'roll, ella en su habitación y yo en la mía, los cuerpos de ambas completamente a la vista, evocando un sentido vital de co-presencia corporal aun cuando ésta era transmitida a través de una pantalla. Para mi sorpresa, tomó una foto mía bailando. No solo eso, convirtió esa imagen mía en su fondo de Zoom. De esta manera, también quedé incorporada en sus producciones tecnológicas. Trabajando con niños, uno debe estar preparado para "asistir a la sorpresa" (Donnel Stern). Chloe procesó su aprehensión sobre la adolescencia de la misma manera como había procesado la interrupción de nuestras sesiones en persona.

Basándose en el éxito de nuestra transición pandémica a Zoom, tomó la iniciativa para abordar sus temores sobre sus años adolescentes por venir.

Chloe y yo nos volvimos a reunir en persona en julio de 2021, después de 16 meses online. Su emoción era evidente. Jugamos con arena cinética. En la arena, enterré gemas e imanes, y juntas desenterramos los tesoros. Luego dijo: “cerremos los ojos y podemos enterrarlos de nuevo”. Con los ojos cerrados, nuestras cuatro manos buscaron juntas en la pequeña bandeja de arena para enterrar cada objeto, nuestras manos rozándose en una coreografía sorprendente y poderosa. Un hermoso momento táctil de “objetos perdidos y encontrados”.

## Discusión

Chloe y yo teníamos una rica historia de jugar juntas antes que la pandemia cambiara el panorama. Cuando nos trasladamos a Zoom, pareció que perdíamos nuestra capacidad de juego a pesar de sentir de manera palpable que permanecíamos conectadas. ¿Por qué no podíamos jugar? Esta pérdida no sólo se debía al cambio en nuestro espacio de presencial a virtual, sino también a la conciencia que compartíamos sobre la necesidad de este cambio; el contexto más amplio que estaba impactando nuestras vidas cotidianas quizás por cuánto tiempo. Chloe se volvió cada vez más consciente del panorama complejo e impredecible que nos impedía reunirnos en persona. Yo también. Ambas nos volvimos aprehensivas sobre lo que los cambios podrían significar para ella y para nosotras. Ya no podíamos jugar de la manera habitual, tomando juguetes y objetos según fuera necesario, corriendo por mi consulta. Necesitábamos tiempo para hacer inventario y reinventar. Además, necesitábamos sentirnos seguras para sumergirnos creativamente en un mundo imaginario.

El juego no es un mero producto de la mente individual de un niño que el terapeuta intenta evocar e interpretar. En este punto, resulta fundamental entender el juego como un proceso continuo de improvisación (Gray, A. 2015; Ringstrom, 2015; 2023) y experimentación en el que cada participante se involucra afectivamente. Al jugar, analista y paciente pueden llegar a conocer la organización subjetiva de la vida del paciente y cómo llegó a ser así. Jugando juntas, cada persona influye en la otra, formulando y reformulando sus expectativas. Por ejemplo, cuando uno cree que será humillado, pero en cambio se sorprende al sentirse valorado, bienvenido e integrado, esa experiencia puede contribuir a una mayor sensación de vitalidad, creatividad y capacidad para jugar. Hubo muchos momentos así en el tratamiento de Chloe en que mi responsividad no cumplió con la expectativa que ella tenía de ser avergonzada.

Las expectativas se construyen y transforman en las relaciones, desde la infancia en adelante (Stern, 1985). Lachmann (2008) describe los quiebres en las expectativas como rupturas que pueden repararse: “Experimentar quiebres en las expectativas... establece nuevas expectativas respecto a que es posible hacerse cargo de esos quiebres” y puede “resultar en que terapeuta y paciente se acerquen en lugar de que se cumplan las expectativas de abandono del paciente” (p. 230). Stolorow (2007; 2015) describe la rutina diaria familiar como “una ilusión de seguridad” y plantea cómo su interrupción puede ser experimentada como traumática. Los quiebres en las expectativas de la rutina habitual pueden amenazar el sentido de agencia, contribuyendo a la vigilancia y rigidización del juego. Jugar requiere una sensación de estar-siendo juntos de manera segura. En el tratamiento, cuando uno se siente en peligro, puede dejar de jugar; o, más bien, el juego puede continuar como si estuviera siguiendo un guión, de memoria.

Para Chloe, las expectativas de la ocurrencia de eventos que dieran confianza y seguridad, tales como el seguir ella y yo estando juntas y cómodas en mi consulta, fueron interrumpidas por la pandemia y nuestro traslado a Zoom. Juntas nos esforzamos por entender cómo nos afectaba la situación cambiante y cómo podríamos abordar las preocupaciones que no se expresaban verbalmente ni a través del juego. A Chloe no le gustaba parecer que no sabía. Además, solía culparse por cualquier interrupción tecnológica, confirmando su convicción de ser inadecuada y de que nuestra conexión estaba en peligro.

Al principio no me di cuenta cuán intensamente ella estaba luchando, ya que prefería presentar una cara feliz, su estrategia de apego habitual. La aparente pausa en nuestro juego reflejaba su abrumación y su esfuerzo por entender las nuevas condiciones que influían en nuestra manera de estar juntas.

Este artículo ilustra cómo, en el tiempo, en el contexto de nuestra relación afectiva en evolución, Chloe logró dominar la tecnología que inicialmente la abrumó. Al centrarnos en lo que ella estaba tratando de lograr en lugar de en la vergüenza que ella intentaba evitar (Lachmann, 2004), la ayudé a descubrir que ella podía usar eficazmente la plataforma virtual para expresarse, mostrar su experiencia y asegurar nuestra conexión. Así, ella revitalizó nuestro juego y me representó creativamente su mundo para que pudiéramos explorarlo y jugar con él, juntas. El modo como respondí a sus experimentos, tomando sus expresiones incipientes de crecimiento como brotes saludables adelantados (Tolpin, 2002), la llevó a liderar de manera asertiva en lugar de seguirme a mí. De esta manera, descubrió la agencia y flexibilidad con las que podía afrontar nuevos desafíos. A pesar de que aspectos importantes de nuestras vidas anteriores a la pandemia se suspendieron por más de un año, la sensación de poder personal de Chloe (Lichtenberg, en prensa), su creatividad y eficacia aumentaron. Además, la imagen de sí misma de estar rezagada en ciertas áreas respecto a los demás, se transformó en orgullo en aquellos campos en los que sobresalía, por ejemplo, en la producción creativa de videos.

## Conclusión

La historia de mi trabajo con Chloe amplía las concepciones sobre el juego en el tratamiento; explora lo que sucede cuando el juego entre analista y paciente se detiene, e ilustra cómo se pueden co-crear nuevos caminos para jugar. La capacidad de un individuo para jugar puede pasar a un segundo plano cuando un nuevo desafío es experimentado como amenazante para el sentido habitual de uno mismo y para la forma acostumbrada de relacionarse con los demás. Este artículo también apunta a los planteamientos “vanguardistas” (Miller, 1985; Lachmann, 2004) sobre la función de no jugar, no solo en el curso del tratamiento, sino también a lo largo del desarrollo. Cuando un individuo responde con vigilancia y pérdida de espontaneidad, lo que puede indicar es que está haciendo un esfuerzo por evaluar la nueva información disponible acerca de su situación para poder reorganizarse en consecuencia. Este es un momento de gestación y transición, no un fracaso o un retroceso en el tratamiento. Esto se hizo evidente en mi trabajo con Chloe en los primeros meses de la pandemia cuando nuestro juego flaqueaba, cuando nuestra espontaneidad habitual dio paso a un nueva sensación de cautela mientras luchábamos por fortalecer los esfuerzos de autorregulación, tanto individual como interactivamente. Finalmente, mi trabajo con Chloe emplea una perspectiva de sistemas dinámicos no lineales (Thelen, 2005), demostrando cómo el enfrentarse a desafíos puede inspirar al individuo a desarrollar nuevas estrategias, y a alcanzar mayor complejidad, flexibilidad y creatividad. Todos somos agentes y estamos constantemente formulando nuestra experiencia y desarrollando nuevas estrategias para alcanzar lo que deseamos. Esto es el desarrollo: asimilar nuevas experiencias, decidir qué hacer con ellas y proceder a hacerlas propias.

Reflexionar sobre el desarrollo es necesario tanto para el trabajo con adultos como con niños. El curso de la pandemia resaltó para cada uno de nosotros nuestra inextricable inserción en mundos impredecibles y transitorios. A lo largo del desarrollo y del tratamiento, un individuo se vuelve cada vez más consciente de la complejidad y del paso del tiempo, como ocurrió con Chloe y conmigo durante la pandemia. Nuestro trabajo juntas proporcionó un vínculo de apoyo, confianza y curiosidad que ayudó a que Chloe viera su mundo, sus posibilidades y a ella misma de nuevas maneras, incluso en circunstancias disruptivas.

El desarrollo es el proceso de evolución del sentido de sí mismo. En ocasiones, el proceso puede parecer continuo o que avanza a trompicones, pero nunca se detiene. Lo mismo ocurre con la interacción entre analista y paciente que, no obstante las fluctuaciones en la capacidad para la espontaneidad y el juego, tampoco se detiene nunca.

Chloe y yo seguimos trabajando juntas. Con habilidades de producción sofisticadas, ella se expresa a través de modalidades visuales, musicales y didácticas. Sin embargo, aún lucha por ponerse al día ("*ketchup*"/catch up) con sumas simples, y seguimos esperando su menarquía. Mi experiencia con Chloe muestra cómo el desarrollo da giros inesperados en respuesta a los desafíos, aun cuando puede parecer que se detiene mientras se evalúa un nuevo desafío. La interrupción en el juego puede ser considerada un momento de transformación. A medida que se tolera y explora la interrupción, el juego puede desarrollarse en nuevas direcciones. Estos giros en el desarrollo ofrecen oportunidades que pueden mejorar el sentido de sí mismo de un individuo, con un mayor sentido de agencia y flexibilidad. En conclusión, este artículo ilustra que el desarrollo no es solo la historia de lo que le sucede a un individuo, sino más bien lo que el individuo hace con su historia.

#### Referencias:

- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2002) *Infant Research & Adult Treatment: Co-constructing Interactions*.  
 Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2013) *The Origins of Attachment: Infant Research & Adult Treatment*.  
 Billie Eilish (2019). *I'm a Bad Guy* [Song]. On *When We All Fall Asleep Where Do We Go*. Darkroom; Interscope Records.  
 Gray, A.A. (2015). "Living Truthfully Under Imaginary Circumstances." *Psychoanalytic Dialogues*.  
 Lachmann, F. M. (2004). "Beyond the Mainstreams." *Psychoanalytic Inquiry* 24:576-592  
 Lachmann, F.M. (2008). *Transforming Narcissism*. New York: The Analytic Press.  
 Lichtenberg, J. (in press) "A personal sense of power."  
 Miller, J.P. (1985). "How Kohut Actually Worked." *Progress in Self Psychology* 1:13-30.  
 Richtel, Matt (12/9/2020). *New York Times*.  
 Ringstrom, P. (2015; 2023).  
 Stern, Dan (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*.  
 Stern, D.B. (2013). "Relational Freedom and Therapeutic Action." *Journal of the American Psychoanalytic Association* 61:227-255.  
 Stolorow, R. (2007). *Trauma and Human Existence*. New York: The Analytic Press.  
 Stolorow, R., Atwood, G., & Orange, D.M. (2008). *Worlds of Experience*  
 Thelen, E. (2005). "Dynamic Systems Theory and The Complexity of Change." *Psychoanalytic Dialogues*, 15:255-283.  
 Thelen, E., & Smith, L. (1994). *A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action*. Cambridge, MA: MIT Press.  
 Tolpin, M. (2002). "Doing Psychoanalysis of Normal Development: Forward Edge Transferences." *Progress in Self-Psychology* 18:167-190.  
 Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*.  
 Amy Joelson, LCSW.  
 One Christopher Street, Suite 1A / New York, New York 10014 USA / Phone: 917-887-6732 / Email: amy.joelson@gmail.com

## JORNADAS

# RECUPERACIÓN Y AUTORREVELACIÓN EN LA TERAPIA CON ADOLESCENTES CON TEA<sup>1</sup>

Roy Aldor, Phd

Psicólogo Clínico Senior. Director, The Ilan Child & Family Therapy Center, Jerusalén Israel.

Miembro de la IARPP, ha presentado en las conferencias de Santiago (2013), Sídney (2017), Valencia (2023).

E mail: roy.aldor@gmail.com

Unos minutos antes de terminar la sesión, un adolescente de 13 años de repente me pregunta de manera confrontacional: “¿Y tú? ¿No me cuentas nada sobre ti?”, después de una larga discusión sobre una experiencia perjudicial que tuvo esa mañana, cuando fue acosado verbalmente en la escuela debido a su diagnóstico de Asperger. Al relatarlo, adoptó una actitud vengativa, afirmando que lo que su compañero le hizo era equivalente a lo que los nazis hicieron en el pasado con los judíos: seleccionarlos y subyugarlos. Asistía a la escuela en Jerusalén, en su primer año en educación media, y este tipo de reacciones suscitaban dificultades en el colegio. En el contexto de una sesión diádica con su padre, con quien comparte un diagnóstico similar, mi objetivo era entrelazar tantas cuestiones como pudiera, siendo por un lado muy empático con su experiencia, mientras que al mismo tiempo atendiendo también a los aspectos agresivos y a los procesos identitarios de la adolescencia.

Al principio, su pregunta me pareció extraña, ya que no me siento lejos de él. Por su lado, él muchas veces manifestó su gusto por la terapia, viniendo durante dos años principalmente en un encuadre familiar modular. Me llamó la atención lo directo de su pregunta, su falta de tacto, ciertamente para él como un adolescente con TEA, ya que antes no prestaba atención a mi subjetividad en absoluto. En silencio me pregunté: “¿me perdí algo? ¿O fue el resultado de mi intenso sondeo y reflexión sobre el acoso que sufrí? ¿O es esta pregunta intrusiva sólo una señal de una sana curiosidad?”

El tiempo era corto, pero de repente me di cuenta y recordé que hace unos cincuenta años o más, cuando era un joven adolescente en Nueva York, yo también fui acosado verbalmente en la escuela, por ser un israelí recién llegado a los Estados Unidos. Ahora en terapia, unas cinco décadas después, tuve lo que Kuchuck (2021) llama una “revelación silenciosa”, aún no compartida entre terapeuta y paciente, el recuerdo largamente olvidado ahora preconsciente, tal vez rastreado por una visita reciente a Nueva York, medio año antes de esta sesión.

Una semana más tarde, en la sesión siguiente, después de considerar y reconsiderar si debería compartir con él mi experiencia similar cuando tenía la misma edad, planteé primero una pregunta para comprobar si una revelación deliberada serviría como terapia y no sólo como evacuación de algunas partes antiguas de mí mismo, por relevantes que sean. Él respondió planteando que cuando no habla de mí, no obtiene una imagen clara de mí como persona, lo cual me llevó a compartir los contornos de mi historia, enfatizando cómo me di cuenta de que mi experiencia similar me ayudó a ver a través de lo que él experimentó, dando cuenta de reciprocidad. También reflexioné que sabía que él y su padre también compartieron estas experiencias a la misma edad, y que este dolor compartido los acerca emocionalmente. Sentados juntos en el mismo sofá, se abrazaron y la sesión continuó.

Este ejemplo es único en la demanda del adolescente de autorrevelación que siguió al recuerdo del terapeuta, conducente a la reciprocidad en el proceso terapéutico. Aunque esclarecedora, esta viñeta es bastante rara y no describe la terapia con niños con trastorno del espectro autista (TEA), quienes sufren un deterioro en la teoría de la mente que resulta en “ceguera mental” (Barron-Cohen, 1995), que es la antítesis de la mentalización o la reflexividad (Allen, Fonagy y Bateman, 2008). El grado de ceguera mental varía según el grado de déficit del desarrollo neurológico y también puede verse influenciado por estados transitorios de trauma

---

1- Traducido por Lorena Lüders. (lorenaluders@gmail.com).

o amenaza a las relaciones de apego. Por lo tanto, el trabajo con niños con TEA muchas veces tiene que implicar una postura reflexiva activa. En general, el juego es fundamental en terapia, para que el niño: descubra su mundo interior y lo haga más reflexivo e integrado (Fonagy, 1995), dé sentido y diferencie el mundo interno y el externo, moldeados a través de subjetividades (Fonagy & Target, 2008) y renegociar las relaciones entre uno mismo y los demás a través de la mutualidad en la terapia (Frankel, 1998). Estas perspectivas de desarrollo son, por supuesto, de gran valor en la terapia con niños con TEA.

Benjamin (1988) propuso la idea del reconocimiento mutuo como una necesidad dual y compartida tanto del niño como de la madre y, por tanto, también del paciente y del terapeuta. Este proceso de reconocimiento de la objetividad (como la separación) y la subjetividad (pensamientos, sentimientos, intenciones y más) del otro, conduce al logro evolutivo de la intersubjetividad. Sin embargo, estos procesos están gravemente comprometidos en un niño con TEA, por lo tanto, el reconocimiento de la separación siempre sigue siendo traumático para el niño, recurriendo en cambio a la auto-estimulación y regulación sensorial, junto con objetos y formas autistas (Tustin, 1992).

Al integrar la teoría psicoanalítica, los hallazgos de la investigación sobre el desarrollo infantil y la vasta experiencia en terapia con niños con TEA, Álvarez formuló nuevos conceptos y técnicas innovadoras. Por ejemplo, distinguió entre dos funciones maternas, la de apelar (*claiming*) y la de reclamar (*reclaiming*) (Álvarez, 1992). La primera función tiene que ver más con contener y puede verse como dependiente del proceso de reconocimiento mutuo madre-hijo. Mientras que la segunda función es una forma suave y activa de involucrar y fomentar el campo interpersonal del bebé. Ambas funciones pueden verse comprometidas cuando una madre tiene un bebé con autismo, es decir, cuando faltan la curiosidad y el deseo de relaciones interpersonales y no se satisfacen las necesidades de reconocimiento de las madres. Al negarles reconocimiento y tranquilidad, las madres de niños con TEA inevitablemente pierden la confianza en sus capacidades parentales, quedan con una profunda frustración y ansiedad “que puede derribar a los padres y separarlos” (Klauber, 1999).

En lugar de quedarse desesperados, tanto los padres como los profesionales deberían sostener la paradoja del TEA entre la discapacidad y la necesidad y seguir intentando mentalizar lo no-mentalizable (Slade, 2009). En la misma línea, Álvarez (2012) sugiere que el terapeuta busque y encuentre la “longitud de onda correcta” del trabajo con niños con autismo. Lo que significa que más allá de la importancia del juego, la aplicación de aspectos afectivos, relacionales y lingüísticos especiales e intensificados se utilicen para abordar los déficits severos e integrales del autismo y para atraer al niño a una relación y hacia el crecimiento. Por lo tanto, la cualidad vital intensificada en la terapia no es ser explícitamente activo, sino más bien reclamar al niño con TEA a través de aspectos relacionales mientras se abre y se conoce potencialmente la subjetividad del terapeuta. Estos niños, con apatía crónica en las relaciones (Álvarez, 1999) presentan un desafío en cuánto a si la intensa cualidad vital de la terapia promoverá su curiosidad relacional en algún modo.

Se discutirán dos viñetas de terapia relevantes. La primera de terapia con un adolescente muy inteligente, falto de vitalidad e interés por los demás. Se notó su vasto conocimiento de biología, pero durante el primer año de terapia rara vez mencionó a personas de su entorno (por ejemplo, hermanos, compañeros, maestros, etc.). No encontró ningún interés en un viaje familiar de vacaciones de verano planeado a París, y expresó varias veces su preferencia por quedarse en casa, incluso solo. No era evidente ninguna ansiedad, sólo una sensación de falta de estar vivo y falta de impulso para viajar, experiencias novedosas, etc. Mi contratransferencia estuvo ahí desde la primera vez que negó cualquier interés en París. Anteriormente lo había desafiado pidiéndole que hablara sobre las personas presentes en su vida, ya que era como si no existieran para él, pero esta estrategia no parecía la correcta para el viaje de vacaciones, ya que París era algo totalmente nuevo, desconocido y lejano. Mi reacción subjetiva ante su embotamiento exigía también cautela, ya que tenía que frenar y contener mi descontento con su pasividad. A medida que se acercaban las vacaciones de verano, me encontré en una sesión silenciosa, sugiriendo espontáneamente que escucháramos juntos una canción de Yves Montand: “Sous le ciel de Paris” (Bajo el cielo de París). Mientras escuchaba (a través de Youtube), le expliqué que mencionar París evoca en mí sentimientos y asociaciones de la música y el cine franceses que adoro, y luego le traduje aproximadamente algunas de las palabras de la canción. El adolescente de 17 años parecía desconcertado pero aun así estaba atento y no se apreciaba ninguna reacción defensiva por su parte (los auriculares con cancelación de ruido que

llevaba permanecieron guardados en el bolso). Al recordar que Edit Piaf también cantó esta canción y que ella y Montand fueron amantes durante algún tiempo, compartí esta información con él y luego escuchamos su versión de esta hermosa canción. La sesión terminó sin saber si encontré la longitud de onda correcta o simplemente le derramé mis necesidades. En la sesión que siguió, compartió que en casa encontró y escuchó nuevamente la canción, y luego muchas veces en terapia comenzó a mostrarme la música Indy que le gustaba. Con el tiempo, no sólo disfrutó de París y lo compartió conmigo, sino que me explicó que sus padres le permitieron más de una vez tomar las cosas a su propio ritmo e interés. Sus reacciones tras mi revelación en París me hicieron sentir que tenía que reclamar más a menudo su atención a mi subjetividad para poder alcanzar, ampliar y revivir su mundo interno.

Coincidiendo con esto, Lichtenberg (2019) describe el ‘encendido’ de una niña con autismo hacia la relación humana como un proceso largo y arduo, que consiste en estimular creativa y gradualmente sus intereses en el mundo a pesar de su fuerte inclinación a no tener ningún interés en absoluto. Aunque abarca procesos de apego, comunicación y regulación, la descripción de este “encendido” no aborda las cuestiones de la subjetividad y la autorrevelación.

Si la autorrevelación puede coincidir con una forma revitalizante de “recuperación”, es necesario explorar más a fondo el alcance de esta superposición en la terapia con niños en el espectro autista. Aron (1996) ha discutido exhaustivamente la autorrevelación, considerada muchas veces como inevitable, con muchos matices (más allá de lo positivo o negativo) y lidiando tanto con la ansiedad como con la autenticidad del terapeuta. Más allá de la necesidad de saber y ser conocido, Aron habla también de las necesidades opuestas de evitar el contacto con el otro, permanecer oculto y seguro, quedarse solo y desconocido. Teniendo en cuenta a los niños con TEA, estas necesidades opuestas tienen una fuerte base estructural de desarrollo neurológico y son clínicamente visibles.

Recientemente, Kuchuck (2021) sugirió que la auto-revelación deliberada plantea la pregunta o crítica de si las necesidades del terapeuta son (demasiado) frustradas o gratificadas en la terapia. Esta cuestión ciertamente se destaca en la terapia con niños con TEA, caracterizada por la rigidez, la repetitividad y la falta de reciprocidad, etc. Sin embargo, las formas constructivas de autorrevelación lúdica pueden probarse y elaborarse cuidadosamente, si se sintonizan con la longitud de onda correcta, agregando la subjetividad del terapeuta, lo que conduce a una mayor reflexividad relacional.

Una adolescente de 15 años inició terapia hace menos de un año. De apariencia más bien masculina, apenas habla, principalmente tararea y pronuncia mientras juega sola de forma repetitiva. Conocida por ser muy inteligente, explora y prueba los objetos y superficies de la habitación. Los problemas de la piel y los sentidos cobran vida cuando cubre un muñeco de elefante o un trompo con plastilina de colores o cuando simula la sensación de las gotas de lluvia lanzando canicas suave o fuertemente de arriba a abajo sobre sus brazos. Después de algunas semanas, intenté insertar alguna conversación, mayoritariamente formal, y ella rechazó totalmente mis pedidos. Insistí gentilmente, explicando y reflexionando por qué quiero saber las cosas, mientras ella seguía negando cualquier comunicación. Se aferró principalmente a los objetos constantes conocidos y a las formas rígidas de relación. Sin embargo, mi insistencia en hablar tuvo cierto valor, ya que después de un tiempo de comunicación infructuosa por mi parte, ella comenzó a hacerme preguntas, mayoritariamente formales, como: ¿a qué escuela secundaria fui? ¿Y en qué materias me especialicé?...

Aunque fue un nuevo cambio de comunicación, fue como si ella me viera más como un compañero de la misma edad con intereses como ella. Al principio, de mala gana, decidí responder para desarrollar el diálogo y no recurrir a tarareos y murmullos paralelos. A partir de entonces, una pregunta suya llevó a otra, mientras yo permanecía en silencio sin ninguna exigencia por parte de ella. A veces sugerí que tuviéramos un divertido intercambio de preguntas, de modo que después de que ella me preguntara algo, yo pudiera seguirla y preguntarle algo, luego ella... y así sucesivamente, hacia una mutualidad muy simple. Esto se convirtió en un proceso diádico, con poco o ningún énfasis en el contenido (por ejemplo, la subjetividad) y evolucionando hacia un juego de contar lleno de humor: ¿cuántas preguntas surgieron y quién las planteó? ¿A quién le tocó volver a preguntar? ¿A quién le deben las otras respuestas?, etc. Este juego finalmente perdió sus aspectos formales, la estricta contabilidad se volvió más flexible y

se acercó a la subjetividad. En una sesión preguntó por un cuadro que había en la habitación con mapas del siglo XVI de América del Sur. Le respondí explicándole qué era y le dije que podía ver que me interesaba la geografía: la tierra, el mar y las fronteras, ya que tengo varios mapas de diferentes formas en la habitación. Ella silenciosamente repasó estos objetos. Le dije que sé que nació en Estados Unidos y le pregunté si quería contarme algo al respecto. Ella respondió brevemente, sin atender realmente a mi deseo de saber más sobre ella, y rápidamente se acercó a mí con una pregunta inversa sobre mi lugar de nacimiento. Tratando de ganar algo de tiempo y también ser juguetón, sugerí que hay varias pistas en la sala para eso (pregunta). Luego me preguntó si yo también nací en Estados Unidos, y (nuevamente) no me vio como diferente o separado de ella. Retrasé mi respuesta para enfatizar el proceso entre nosotros, sabiendo que tendré que aprovechar al máximo la próxima revelación. Entonces le dije que ambos nacimos, con muchos años de diferencia, en diferentes partes de un mismo continente, ella en la parte norte. Ella adivinó que era Sudamérica y después de un tiempo le revelé que había nacido en Santiago, Chile. Ella se quedó callada por un rato sin nada que decir, tomando papel y lápiz para dibujar las figuras de Avatar que suele hacer. Concentrada en sus dibujos, me preguntó, ¿qué idioma habla la gente de Chile? En el pasado habíamos hablado sobre su fluidez en inglés debido a sus años de crianza en los EE. UU. Luego compartió su pequeño vocabulario en español y comenzó a preguntarme continuamente ¿cómo se dice en español esto o aquello? Tanto saber como no saber las palabras en español, por mi parte, fue informativo para ella y la sesión llegó a su fin. En la puerta levantó los ojos y me miró, dijo “Chau” y subió las escaleras. Ya que ella nunca antes había usado las palabras “hola” o “adiós”, al entrar o salir de terapia, el hecho que se despidiera y usara la palabra correcta en español (yo sin saber que ella la sabía), se sintió como un logro notable, tal vez un ‘momento de encuentro’ (Stern, 2004), asociado a nuestro intercambio lingüístico intersubjetivo.

Me he basado en tres casos de terapia con adolescentes muy inteligentes, todos diagnosticados de TEA, atendidos por mí de forma privada o en el servicio público. Aunque mi práctica es diversa y abarca etapas de desarrollo y cuestiones de la vida, de estos casos surgen varios puntos en común. Como mapas, modismos, canciones, juegos, todos susceptibles de un nivel de vitalidad intensificado (Álvarez, 2012), aunque no necesariamente siempre se emplean de la misma manera o con autorrevelación en otros casos. Además, la autorrevelación no necesariamente tiene el mismo impacto beneficioso o de andamiaje en todos los pacientes con TEA. Aunque en este artículo no es posible entregar ejemplos por límites de espacio, es posible comentar que hay ocasiones en que la rigidez impide cualquier subjetividad ofrecida.

Los casos anteriores también plantean la cuestión de cuándo el compartir por parte del terapeuta es sólo informativo, tal vez teniendo la cualidad vital intensificada, pero no necesariamente una forma de subjetividad transmitida a través de la autorrevelación. Sin embargo, una implicación muy importante de la autorrevelación en el TEA es que dar a conocer la subjetividad del terapeuta promueve y facilita la tri-dimensionalidad del funcionamiento mental, incluyendo la dimensión del volumen, por ejemplo, el mundo interno que luego se diferencia del externo (Meltzer, 1975). Para finalizar, compartir con los tres adolescentes la presentación de hoy y su contribución a través de nuestra mutualidad, fue muy significativo para cada uno de ellos.

#### Referencias:

- Allen, Jon G., Fonagy, Peter y Bateman, Anthony W. (2008). *Mentalizar en la práctica clínica*. Publicación psiquiátrica estadounidense Inc.
- Álvarez, Anne (1992). *Live Company: Psicoterapia psicoanalítica con autistas, borderline, niños desposeídos y abusados*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Álvarez, Anne (1999). *Abordar el déficit: psicoterapia informada sobre el desarrollo con niños pasivos, “no dibujados”*, en Anne Alvarez y Susan Reid (Eds.) *Autismo y personalidad: hallazgos del taller de autismo de Tavistock*. Londres: Routledge.
- Álvarez, Anne (2012). *El corazón pensante: tres niveles de terapia psicoanalítica con personas perturbadas niños*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Arón, Lewis (1996). *Un encuentro de mentes: la mutualidad en el psicoanálisis*. Estados Unidos: Analytic Press.
- Baron-Cohen, Simon (1995). *Ceguera mental: un ensayo sobre el autismo y la teoría de la mente*. EE.UU.: MIT Press.
- Benjamin, Jessica (1988). *Los lazos del amor*. Nueva York: Pantheon Books.
- Fonagy, Peter (1995). *Jugando con la realidad: el desarrollo de la realidad psíquica y su Mal funcionamiento en personalidades límite*. J. Internacional de Psicoanálisis, 76:39-44.
- Fonagy, Peter y Target, María (2008). *Jugando con la realidad IV. Una teoría de la realidad externa arraigada en la intersubjetividad*. J. Internacional de Psicoanálisis.
- Frankel, Jay B. (1998). *La cuestión es la obra: cómo se ven más los procesos esenciales de la terapia Claramente en la terapia infantil*. *Diálogos psicoanalíticos*, 8(1):149-182.
- Klauber, Trudy (1999). *La importancia del trauma y otros factores en el trabajo con los padres de niños con autismo*, en Anne Alvarez y Susan Reid (Eds.) *Autismo y personalidad: hallazgos del Taller de Autismo de Tavistock*. Londres: Routledge.
- Kuchuck, Steven (2021). *La revolución relacional en psicoanálisis y psicoterapia*. Londres, Reino Unido: Confer Books.
- Lichtenberg, Joseph D. y Thielst, Diana (2019). *Del autismo y el mutismo a un yo revivido: Una narrativa de caso con reflexiones sobre el desarrollo temprano*. Nueva York: Routledge.
- Meltzer, Donald (1975). *Exploraciones en autismo: un estudio psicoanalítico*. Londres: Cluney. Slade, A. (2009). *Mentalizar lo inmentalizable: criar niños en el espectro*. Revista de psicoterapia infantil, infantil y adolescente. 8:7-21.
- Popa, Daniel N. (2004). *El momento presente en la psicoterapia y la vida cotidiana*. Nueva York: Norton.
- Tustin, Frances (1992). *Estados autistas en niños (edición revisada)*. Nueva York: Routledge.

# JORNADAS

## DISCUSIÓN<sup>1</sup>

Macarena López Magnasco

Psicóloga Clínica: niños, adolescentes, adultos y familias. APPR, Apsan, IARPP.

E-mail: macolopez@gmail.com

Resultó inspirador observar cómo Amy y Roy utilizaron nuestra “Caja de Herramientas” de psicoterapia y nuestros recursos terapéuticos, con conexión, sensibilidad, creatividad y flexibilidad; promoviendo un clima de vitalidad con sus pacientes. Los casos presentados ilustran, de un modo muy delicado, el arte de la psicoterapia. De hecho, al leer su trabajo, recordé que Amy es una artista y fue emocionante saber más de Chloe, una niña tan vital, amorosa, sensible, talentosa y agradecida que Amy nos había presentado en el webinar de marzo de 2021: Fuera de la sala de juegos. En la sala de Zoom.

Tanto en el caso de Amy como en el de Roy, podemos observar puntos de intersección en algunas de las principales características subrayadas por el psicoanálisis relacional: entonamiento, reciprocidad y reconocimiento mutuo. Tales características son importantes en todo trabajo terapéutico y cruciales para mantener la alianza durante momentos difíciles, especialmente cuando tanto nosotros como nuestros pacientes, nos sentimos frustrados.

El documento de Roy se titula “Recuperación y auto-revelación en la Terapia con Adolescentes del Espectro Autista”. Con nuestros pacientes, estamos en relaciones que involucran las funciones de apelación y reclamación, descritas por Álvarez. Roy ilustra cómo los adolescentes del espectro autista nos pueden desafiar en el uso de estas funciones.

Álvarez describe la función de reivindicación materna como una forma suave y activa de comprometerse y favorecer el campo interpersonal del bebé. La función de reclamación tiene más que ver con la contención y se puede considerar dependiente del proceso de reconocimiento mutuo madre-bebé.

Roy plantea: “Por lo tanto, la intensificación de la vitalidad en terapia, no es explícitamente activa, sino que más bien intenta recuperar al niño del espectro autista a través de aspectos relacionales al abrir la subjetividad del terapeuta y hacerla potencialmente conocida”. Un desafío importante es lograr que (quienes están en el espectro autista) se interesen en las relaciones.

Pensando en la contratransferencia y en los sentimientos del terapeuta, Roy nos trae la reflexión acerca de las madres de los niños del espectro autista: “(ellas) inevitablemente pierden confianza en sus habilidades parentales, caen en una profunda frustración y ansiedad... (que) debilitan y alejan a los padres” (Klauber, 1999). Para consignar este asunto, Roy sugiere: “En lugar de sumirse en la desesperación, tanto los padres como los profesionales deben sostener la paradoja que ocurre en el contexto del espectro autista entre la incapacidad y la necesidad de mantener el intento por mentalizar lo no mentalizable” (Slade, 2009).

Roy eligió, consciente y cuidadosamente, sus intervenciones, intentando poner a disposición su subjetividad cuando podía ser de utilidad para sus pacientes. Él hace mención de algunos momentos de los procesos terapéuticos con tres adolescentes del espectro autista donde podemos percibir que la mutualidad, el entonamiento y la sintonía son buenas orientaciones al momento de optar por la develación.

En el primer caso de Roy, podemos sentir su esfuerzo y su actitud cuidadosa al responder la pregunta del paciente; una pregunta que pareció provocadora y que interrumpió el flujo de su relación. Roy intentó no sobre-reaccionar, y pensó si hacer o no la autodevelación de una situación similar de su vida, considerando las características de hipersensibilidad e hiperdefensividad del adolescente.

---

1- Traducido por Soledad Santolaya (ssantolaya@gmail.com).

Tanto el paciente como su padre compartieron situaciones similares de bullying con Roy. Ciertamente, en el espacio de la consulta, el abrazo entre el padre y el hijo luego de su autodevelación mostró que su intervención tuvo un impacto afectivo en la díada padre-hijo, y promovió la conexión entre ellos. Debe ser difícil para el padre -que también está dentro del espectro- y el hijo mantener la conexión y la vitalidad en su relación. La revelación de Roy, cuidadosa, conectada, honesta y considerada también debe haberles metacomunicado a ellos una manera de relacionarse.

En el segundo caso, me conmovió especialmente el uso de la herramienta musical. En ese momento de la terapia, en el contexto de su relación, con sintonía, sincronía y entonamiento, apareció en la mente de Roy la canción "Sous le Ciel de Paris". Él la trajo a la sesión y jugó con sus asociaciones, haciendo "un click" con el adolescente. A pesar de las dificultades y el desinterés del adolescente, "algo" los conectó. Nos podemos preguntar si fue la entonación, las voces, la interpretación ejecutada por una voz femenina y otra masculina, o incluso la lírica de la canción, que despertaron nuevas posibilidades sensoriales en el adolescente, promoviendo una transición a un mejor funcionamiento. ¡Tal vez el amor de Roy por París, también contribuyó! Probablemente esto lo ayudó a mantener la vitalidad durante su trabajo con el adolescente.

Roy señala: "La sesión terminó sin yo saber si había encontrado la onda correcta o si había salpicado mis necesidades sobre él", lo que es una sensación frecuente en el trabajo con pacientes del espectro autista. A veces encontramos esa onda, a veces nos damos cuenta después de un tiempo que la habíamos encontrado. Él la encontró: "En la siguiente sesión, el adolescente compartió que en su casa encontró y escuchó de nuevo la canción... en lo sucesivo, muchas veces comenzó introduciéndome en la música Indy que le gustaba". La reacción del adolescente luego de su auto-revelación en relación a París, dejó a Roy sintiendo que "debo recuperar/captar más a menudo la atención de algunos pacientes mostrando mi subjetividad con el fin de alcanzar, ampliar y revitalizar su mundo interno".

Roy hace referencia a Benjamin en sus reflexiones sobre la revelación: "Benjamin (1988) sugiere la idea del reconocimiento mutuo como una necesidad dual y compartida tanto del niño como de la madre y, por lo tanto, también entre paciente y terapeuta. Este proceso de reconocimiento de la objetividad (tal como la separatividad) y de la subjetividad del otro (pensamientos, sentimientos, intenciones y más) conduce al logro del desarrollo de la intersubjetividad".

Resulta muy interesante cómo los avances en neurociencia están mostrando la importancia de canales sensoriales diferentes, lo que aporta algunas claves acerca de la herramienta musical y también sobre la sincronía. Feldman (2007) destacó que la musicalidad desempeña "una función vital en la nutrición del Self desde la regularidad y la predictabilidad hasta la novedad y la sorpresa y vuelta atrás nuevamente" (Malloch & Trevarthen, 2009, p. 6; en Ammaniti, Ferrari, 2013). El origen de la musicalidad ha sido estudiado en la infancia y especialmente en las interacciones de los infantes con sus padres. El cuidador que resuena crea un contexto de resonancia intersubjetiva, asumiendo la función de un "espejo biológico" (Papousek & Papousek, 1979; Ammaniti, Ferrari, 2013) o de un "espejo amplificador" (Schoore, 199; Ammaniti, Ferrari, 2013).

La sincronía es pertinente para una percepción modal porque los aspectos temporales del flujo interactivo, tales como las repeticiones rítmicas, el juego en curso de estados afectivos, y el espejamiento secuencial de las señales comunicativas del infante (Feldman, 2007), pueden ser transformados por los padres y terapeutas en una variedad de modalidades sensoriales y conductuales que conservan la intensidad, la forma y los ritmos del mensaje original, marcando de este modo la esencia de la experiencia de sincronía (Beebe & Lachmann, 1988<sup>a</sup>; Brazelton, Koslowski, & Main, 1974; Papousek, 1996; Stern, 1974, 1999; Ammaniti, Ferrari, 2013).

En el tercer caso, me pregunto qué hizo que el juego con el adolescente no entrara en una repetición automática. ¡Es increíble cómo podemos a veces llegar a conectar con nuestros pacientes desconectados! Roy señala: "Sin embargo, mi insistencia por conversar, tuvo algún valor... ella comenzó a hacerme preguntas, sobre todo formales, como a qué escuela secundaria asistí o en qué asignaturas me especialicé... y eventualmente (este intercambio) perdió su formalidad, la estricta precisión (obtenida de los libros) se hizo más flexible y alcanzó cierta subjetividad".

Algo sucedió. Luego del juego, vino la escena del mapa, que pueden ser objetos tan vitalizados o desvitalizados (los mapas); y luego el momento del encuentro y contacto. “En la puerta, ella abrió sus ojos y me miró, diciendo “chau” y subió las escaleras. Nunca antes había dicho hola ni adiós, y ahora estaba usando la palabra correcta en español (sin saber el terapeuta que la adolescente la conocía). . . (Eso) se sintió como un gran logro, tal vez “un momento de encuentro” (Stern, 2004).

Roy cita a Meltzer: “Sin embargo, una muy importante implicancia de la auto-revelación en pacientes del espectro autista dice relación con el hecho que mostrar la subjetividad del terapeuta promueve y facilita la dimensionalidad del funcionamiento mental, hacia la 3d, involucrando por ejemplo, el volumen; el mundo interno que más tarde se diferencia del mundo externo. . . ”(Meltzer, 1975). Meltzer y Anzieu desarrollaron la idea de que la piel y el cuerpo son muy importantes en la organización y protección del self, dado que desempeñan una función de contención que le permite al self mantener su integridad y coherencia. Los/as niños/as del espectro autista pueden tener dificultades con el procesamiento sensorial, que puede afectar su sentido de organización corporal y su habilidad para sentirse enraizados/as en su propia piel (Anzieu, 2003).

La niña que parecía estaba regresiva y atrapada en la sensorialidad, pudo realizar un movimiento desde este estado. Roy nos cuenta cómo ella exploraba los objetos y superficies de la habitación, cubría objetos con plasticina y simulaba las sensaciones de las gotas de lluvia lanzando canicas suave o ferozmente hacia arriba y hacia abajo en sus brazos... Ella y Roy se conectaron. ¡Ella pudo dar un salto!

Los pacientes desconectados y atemorizados de Roy trajeron a mi mente una reflexión de Dupetit en su trabajo con pacientes adictos desconectados. Ella subraya una base, donde las funciones mentales, fundamentalmente aquellas emocionales, han sido silenciadas y enfatiza que los pacientes responden a nuestro desafío terapéutico relacional con la decisión de matar/aniquilar: “Esta decisión no parece incluir el tiempo necesario para sentir odio; es automática y tiende, como en el caso del tigre, a cancelar el movimiento del otro que aparece en el camino” (Dupetit, S., 1996, p. 53). Uno tiene la impresión de estar “frito”, “derrotado” si la persona siente. “Hombre sensible, hombre muerto” parece ser el lema (Dupetit, S., 1996, p. 230). Con estos pacientes, a menudo nos sentimos paralizados, incapaces de pensar, sin creatividad y sin saber cómo conectarnos con ellos; a veces incluso aburridos y totalmente desvitalizados.

Con una capacidad relacional y un escenario vital muy diferentes, Amy trabajó con Chloe, una niña muy conectada antes del cambio a la sala de Zoom: “Antes de la pandemia, teníamos un repertorio de juego establecido. Sin embargo, en nuestro nuevo contexto negociado de pantalla, nuestro modo familiar/conocido de jugar juntas se vio obstaculizado a pesar de nuestra mutua determinación de mantenerlo”.

Es muy alentador cómo Amy muestra a lo largo del proceso su reflexión: “. . . el cambio surge del esfuerzo conjunto entre terapeuta y paciente por responder a los desafíos que emergen de manera impredecible”. Ellas pudieron mantener el interés mutuo y sortear la situación difícil, aún cuando Chloe odiaba la tecnología al comienzo.. Amy nos muestra cómo ellas intentaron mantener el contacto.

La neurociencia muestra que los infantes forman expectativas de eventos previamente predecibles desde el nacimiento e incluso desde antes (Beebe, Lachmann, 1994), lo que da cuenta de la disposición biológica de los infantes para detectar la regularidad y generar expectativas (Emde, 1988; Ammaniti, Ferrar, 2013). ¿Podría el vínculo de Amy y Chloe y la estabilidad de su relación ayudar a reparar la ruptura de sus patrones habituales? La consistencia de su relación aportó una nueva expectativa válida de regularidad que las ayudó a retomar un juego vitalizado? ¡Más allá del Zoom, pudieron mantener un proceso verdadero, genuino y muy vitalizado!

Amy sintió que Chloe se sentía obligada a entretenerla. Dice: “Durante el saludo, sonreíamos espontáneamente, pero, durante las sesiones, a veces sentía mi sonrisa forzada y me imaginaba que a ella le pasaba lo mismo. Con las sonrisas que se congelaban

en nuestras pantallas del Zoom, tratábamos de darnos la mutua seguridad de que estábamos bien y de que nos alegraba ver a la otra. El juego parecía interrumpido... Su sensación de inadecuación era ahora una experiencia compartida, aunque intentáramos resolver cómo estar juntas”.

Podemos comprender psicodinámicamente cómo llegaron a ese duro y menos vitalizado periodo de la terapia. Ellas nos muestran que querían revitalizar su relación. Ciertamente sabemos que ellas estaban empeñadas en lograrlo. Y “pasaron de curso” ¡Pudieron tomar fotos para su bitácora escolar imaginada! Salir de los tiempos difíciles las hizo sentir que su relación incluso se había fortalecido, que había más confianza, valorándola aún más.\*

Amy dice: “Llevar al paciente a un estado de poder jugar es un proceso bidireccional, en el que tanto el analista como el paciente co-crean esta capacidad”. Cita a Winnicott, quien subraya que la capacidad para jugar y el apoyo en los objetos transicionales es central para el despliegue de la libertad necesaria para una vida vital y creativa” (Winnicott, 1971), y nos muestra cómo la capacidad de jugar evolucionó en el tratamiento de Chloe.

Fue emocionante observar cómo Amy siguió el desarrollo del proceso evolutivo de Chloe. Aparte de la cuarentena y de la vandalización de su casa, que se sumó a sus problemas de inseguridad y ansiedad previos, ella y Amy pudieron mantener el contacto, su vínculo y la vitalidad de él; “su tesoro se confirmó en su primer nuevo encuentro cara a cara”: “Jugamos con arena cinética. Ella escondió gemas e imanes en la arena, y juntas desenterramos los tesoros. Luego, Chloe dijo: “Cerremos nuestros ojos y enterremoslos de nuevo”. Con nuestros ojos cerrados, nuestras cuatro manos buscaron juntas dentro de la pequeña bandeja de arena, con el fin de desenterrar cada objeto... nuestras manos se rozaban en una sorprendente y poderosa coreografía. Un hermoso momento de perder y buscar”.

Chloe pudo identificar, encontrar y recuperar sus recursos. Creo que la escena en que ella muestra la película en el iPad, donde hay distintos personajes, que exhiben más y menos recursos, representa gráficamente el proceso de integración de diferentes aspectos de ella misma.

En relación al juego del colegio con Chloe, Amy dice: “Jugar juntas se constituyó en un mundo compartido entre Chloe y Amy. Fue un mundo de Chloe y Amy jugando juntas... Nuestro compromiso sostenido durante la interrupción sorpresiva de la pandemia facilitó una transformación tal que Chloe fue capaz de descubrir sus competencias, su visión creativa y sus habilidades de producción recién emergidas”. La modalidad de Zoom probablemente también ayudó a Chloe a encontrar, contactar y desarrollar los canales sensoriales implicados en su película.

En su relación con Amy, Chloe pudo encontrarse con y recuperar sus recursos. Se sintió mucho más capaz para su siguiente etapa del desarrollo. Incluso bailó con Amy; un momento y una escena que quedaron plasmados en la pantalla. Amy dice: “Chloe procesó su aprensión respecto de su emergente adolescencia, del mismo modo que procesó la interrupción de nuestras sesiones presenciales. A partir del suceso de nuestra transición pandémica hacia el Zoom, ella tomó la iniciativa de hacerse cargo de su aprensión respecto de sus próximos años de adolescencia”.

Chloe continuó desarrollando su sentido de agencia y se sintió con mucha más confianza. Ella poseía una relación positiva de cuidado y espejamiento, que reflejaba sus capacidades, deseos y vitalidad, y era capaz de contener sus miedos y acompañarla. Amy promovió su sentido de agencia, impulsando ciertas actitudes; como cuando notó que era crucial para ella (Chloe) iniciar el contacto y la reforzó. O cuando incitó a Chloe a finalizar las sesiones. Estas “pequeñas” cosas pueden ser importantes para el desarrollo de la agencia y la eficacia.

---

\* Esta escena estaba en la presentación original de Valencia.

Ammaniti y Ferrari subrayan que la agencia se fundamenta en las capacidades innatas que le permiten a los infantes organizar su experiencia y comprometerse con el proceso de intercambio, y que la eficacia corresponde a la capacidad de producir con confianza los efectos deseados. Se ha confirmado que las experiencias repetidas de eficacia producto de la propia agencia contribuyen a la vivencia de un sentido de agencia. Lichtenberg (1989) considera que la eficacia es la motivación central en el sistema afirmativo exploratorio, así como una dimensión de la experiencia en todos los sistemas. Afirma que cuando un infante es capaz de tener sus necesidades satisfechas, experimenta un sentido de eficacia y logra satisfacción por el deseo original, a la vez que un sentimiento grato intrínseco (Ammaniti, Ferrari, 2013).

Este sentimiento grato puede ser percibido en diferentes momentos de los cuatro casos presentados. A pesar de las diferencias, todos los casos muestran una ampliación del sentimiento de vitalidad, el sentido del self, la agencia y eficacia, y la flexibilidad. Ellos ilustran cómo los terapeutas implicados, entonados, creativos y responsivos; en relación con sus pacientes, pueden ayudar a la conexión y reconexión en diferentes situaciones y circunstancias.

La función de mentalización (Fonagy, 1995), así como el aumento de la tercera dimensión (Meltzer, 1975) o de una "segunda piel" (Anzieu, 2003) atraviesan todos los procesos descritos, y se extienden en ellos.

Intersubjetividad, reciprocidad, mutualidad y empatía, algunos de los principales conceptos de la teoría relacional, impregnan todos los procesos terapéuticos descritos.

#### Referencias:

- Ammaniti M, Ferrari P (2013). Vitality Affects in Daniel Stern's thinking – a psy-chological and neurobiological perspective. *Infant Ment Health J.* 2013 Sep;34(5):367-375. doi: 10.1002/imhj.21405. PMID: 25552782; PMCID: PMC4278751.
- Anzieu, D. (2003). *El Yo-Piel*. Ed. Biblioteca Nueva, España.
- Beebe B, Lachmann FM. Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology.* 1994;11:127–165. [Google Scholar].
- Beebe, B; Lachmann, F., (2005). *Infant Research and adult treatment. Co-constructing interactions.*The Analytic Press, Taylor and Francis Group. USA.
- Dupetit, S. (1996). La mirada del tigre: acerca de la transferencia en pacientes adictos. *Psicoanálisis APdeBa.* XVIII . 2. 223 – 235.
- Fonagy, Peter (1995). *Playing with Reality: The Development of Psychic Reality and its Malfunction in Borderline Personalities.* International J. of Psycho-Analysis, 76:39-44.
- Lichtenberg, Joseph D. & Thielst, Diana (2019). *From Autism and Mutism to an Enlivened Self: A Case Narrative with Reflections on Early Development.* NY: Routledge.
- Meltzer, Donald (1975). *Explorations in Autism: A Psychoanalytical Study.* Lon-don: Cluney.
- Tustin, Frances (1992). *Autistic States in Children* (revised edition). NY: Routledge.
- Winnicott DW. *Playing and reality.* London: Tavistock; 1971. [Google Scholar].

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Escritos Relacionales desarrolla números temáticos abiertos a la comunidad relacional buscando dar cuenta de temáticas emergentes de importancia en especial en el contexto latinoamericano.
2. Los trabajos de Escritos Relacionales deben ser escritos en castellano, pueden ser inéditos, presentaciones de congresos y/o jornadas nacionales e internacionales, o haber tenido difusión en medios de baja circulación como anales de congresos o similares.
3. Cada autor debe ceder sus derechos a la Revista y su difusión digital.
4. El formato exigido es letra tamaño carta, letra Times New Roman 12 con 1,5 de interlineado, con uso de cursiva justificadas y sin negrita en el texto. La extensión máxima de trabajos es de 10.000 palabras (con flexibilidad cuando amerita).
5. Los trabajos deben ser enviados sólo en forma electrónica al Comité Editorial Escritos Relacionales: [escritosrelacionales@gmail.com](mailto:escritosrelacionales@gmail.com)  
Las colaboraciones pueden ser ensayos, estudios clínicos, e investigaciones, y además recoge ponencias de actividades de APPR-Chile, así como comentarios de cine, revisiones de libros y revistas, expresión artística plástica, literaria y de humor. Las referencias deben venir en una página al final, siguiendo normas APA, y evitando notas de autores a pie de página. El Comité Editorial Escritos Relacionales se comunicará vía mail con los autores a efectos de aceptar o rechazar una colaboración por fundamentos que se les dará a conocer por escrito, así como hacer eventuales sugerencias.

Directorio APPR:

Claudia Martin M. / Presidente

Isabel Margarita Luna L. / Secretaria

Catalina Barriga M. / Tesorera

Iván Arenas S. / Comité Formación

José Bahamondes V. / Comité Jornadas

Natalia Hanckes D. / Comunicación y Difusión

Pedro Rodríguez C. / Publicaciones y Extensión

Más información en: [www.apprchile.cl](http://www.apprchile.cl)