

ENTRE DOS MUNDOS: EL SELF ENCAPSULADO

BETWEEN TWO WORLDS: THE ENCAPSULATED SELF

Marye O'Reilly-Knapp

Doctora en Ciencias de la Enfermería (D.N.Sc.), Supervisora Clínica, es analista transaccional certificada. Trabaja como psicoterapeuta en consulta privada y es co-directora de Phoenix Center en Devon (Pennsylvania). Profesora adjunta de la Widener University en Chester (Pennsylvania) y colaboradora del Instituto de Psicoterapia Integrativa en Nueva York, NY.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

O'Reilly-Knapp, M. (2016). Entre Dos Mundos: el Self Encapsulado. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 3-19.

Resumen

Este artículo explora la naturaleza del proceso esquizoide, en el que el retraimiento permite proteger al individuo del colapso psicológico. La persona que emplea las defensas esquizoides para sobrevivir teme vivir en una relación y se separa tanto de las experiencias que conforman el mundo externo como del self interior. Una vez atrapada entre sus conflictos externos e internos, es posible que la persona se retraiga en un encapsulamiento autístico –un método de protección primitivo– y afronte la vida en un estado de aislamiento, ambivalencia y confusión. Este artículo contempla el modo en que la condición esquizoide puede manifestarse como estados autísticos y disociativos e introduce un cuarto patrón del apego inseguro. Se utilizarán ejemplos de casos para ilustrar las experiencias fenomenológicas del mundo confinado y reservado del esquizoide y para identificar la forma de usar el contacto y los métodos de indagación, implicación y sintonía en una relación terapéutica intensiva.

Palabras clave: *relación terapéutica, proceso esquizoide, self oculto, estado disociativo, retraimiento, conflictos, apego inseguro*

Abstract

This article explores the nature of the schizoid process, in which withdrawal serves to protect the individual in the face of psychological collapse. Someone who uses schizoid defenses for survival fears living in relationship and splits off from both the external world of experiences and the inner self. Caught between external and internal conflicts, the person may withdraw into autistic encapsulation, a primitive method of protection, and life is endured in a state of isolation, ambivalence, and confusion. This article considers how the schizoid condition may manifest as dissociative and autistic states, and a fourth pattern of insecure attachment is introduced. Case vignettes are used to illustrate the phenomenological experiences of the schizoid's unspoken and sequestered world and to identify how contact and the methods of inquiry, involvement, and attunement are used in an intensive therapeutic relationship.

Keywords: *therapeutic relationship, schizoid process, hidden self, dissociative state, withdrawal, conflicts, insecure attachment*



La persona de condición esquizoide lleva una existencia aislada y confinada, desconectada del mundo exterior y con un mundo interior compartimentado. Esta fortaleza invisible, tal y como la describió Bettelheim (1967), restringe severamente el contacto de la persona con los demás al tiempo que refuerza ideas que ella misma ha generado y que se hallan basadas en la fantasía. Participar en la vida le resulta una amenaza, de modo que sólo tolera a los demás para poder sobrevivir. Los individuos esquizoides vieron truncada en su infancia la emergencia de su self y ese estado de encapsulamiento sustenta la integridad y la continuidad de un self, por muy limitado y confinado que sea.

Entender el modo en que se forja la condición esquizoide requiere examinar las etapas tempranas del desarrollo, la formación del sistema de guion y el impacto de las relaciones en la organización y la consolidación tanto de un sentido del self en sí mismo como de un sentido del self en relación con otros.

En los primeros años, la experiencia se elabora y se organiza en términos de sensaciones o de ego corporal. La esencia misma del bebé se plasma en las experiencias corporales sentidas y en la relación temprana con el cuidador primario. Esta relación permite que se desarrolle una sensación de interrelación en la que el bebé experimenta un “yo”. Cuando las experiencias más tempranas del bebé se componen de transgresiones y amenazas, sin nadie alrededor que le ofrezca protección o consuelo y cuando las vivencias posteriores refuerzan la idea de un mundo peligroso e inseguro, una gran parte del potencial de la persona para experimentar plenamente su self queda afectada. Una vez arrojadas fuera de la consciencia, estas partes fundamentales de los estados del self (estados de “yoidad”) son almacenadas como estructuras mentales encapsuladas que preservan la integridad y la continuidad de un sentido subjetivo del self. Las fijaciones arcaicas – aquellas partes de las experiencias de la niñez que no fueron integradas – también quedan aprisionadas fuera de la consciencia en forma de estados disociativos.

¿Qué se requiere en una relación terapéutica para que las partes blindadas e incommunicables del cliente esquizoide puedan ser expresadas, escuchadas y comprendidas? Y, al mismo tiempo, ¿cómo podemos mantener la integridad y la consistencia del cliente toda vez que facilitamos la emergencia del self? Estas dos preguntas, así como la descripción del mundo esquizoide como disociativo y autístico, constituyen el tema central de este artículo.

Como analistas transaccionales, nos hallamos en una posición única a la hora de trabajar con los componentes intrapsíquicos e interpersonales de un self oculto para el mundo e incluso para la propia persona. Consideramos la formación de los estados del yo (Berne, 1961), el sistema de guion (Erskine y Zalcman, 1979) y la teoría y los métodos de un Análisis Transaccional Integrativo (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999) como la base de una psicoterapia relacional y profunda.

Las escisiones del self: constructos de Fairbairn y Guntrip

Al describir el retraimiento esquizoide, los teóricos de las relaciones objetales Fairbairn (1952) y Guntrip (1968/1995) sugirieron que el ego se escinde en cuatro partes. Fairbairn describió dos escisiones. La primera se compone del ego central en contacto con el mundo exterior y de otra parte del ego que se retrae al mundo interior. La segunda escisión tiene lugar cuando el ego retraído se escinde en el ego libidinal y el ego antilibidinal. Mientras el ego central trata desesperadamente de afrontar el mundo exterior, un ego persecutorio (el ego antilibidinal) obstruye las necesidades y los deseos del niño (el ego libidinal). El conflicto interno creado entre las necesidades deseadas y las necesidades menospreciadas o descontadas sume la esfera intrapsíquica en la confusión y el desconcierto. Cuando se les pregunta qué necesitan, las personas esquizoides suelen contestar: “No lo sé” o bien “De verdad, no importa”.

Guntrip añadió una tercera y última escisión del ego antilibidinal entre el ego oral y el ego regresivo. Por tanto, el dilema de la posición esquizoide es el siguiente:

Ahora la totalidad primitiva del ego se halla perdida en una escisión cuádruple, con un ego central debilitado que ha de arreglárselas con el mundo exterior, un ego libidinal exigente en el interior perseguido por un ego antilibidinal enfadado y finalmente un ego regresivo agotado que conoce y acepta el hecho de que el miedo le sobrepasa y de que jamás encajará con la vida a menos que, por decirlo de alguna manera, huya hacia una convalecencia mental, donde pueda estar tranquilo, sentirse protegido y tener la oportunidad de recuperarse. (Hazell, 1994, p. 178)

Una persona que ha escindido partes de su self ha perdido la perspectiva respecto al mundo exterior y a la experiencia interna. La formación del ego queda obstaculizada. Erskine (1997) describe cómo se pierde una parte del self; yo lo concibo más bien como el self oculto. En realidad, la parte aislada de la persona ha quedado tanto perdida como oculta.

Marie buscó tratamiento porque estaba deprimida y se sentía sola y aislada. Contó que siempre lo hacía todo por sí misma porque nunca tuvo a alguien que la ayudase. Relató que cuando era niña se sentía invisible. Si se le pregunta qué quiere o qué le apetece, no tiene “ni idea”. Se vive a sí misma como “congelada en el tiempo y en el espacio”.

Entre objetos: el aislamiento y la disociación como defensas

La defensa esquizoide impide la relación con el otro y la conexión con uno mismo. En mi trabajo con personas que usan la condición esquizoide como forma de protegerse, observo que no se trata sólo de un retraimiento primitivo (por ejemplo hacia una forma de ser autística), sino también una posición defensiva disociativa usada para proteger la continuidad de la existencia. La habilidad de separar las experiencias de la consciencia y de usar la disociación cuando el self se ve amenazado, permite al individuo escapar del peligro percibido. El aislamiento, así

como la separación de las experiencias internas y externas, se convierte en un escudo contra circunstancias desbordantes.

En un estudio con 12 bebés cuyas madres padecían depresión severa, Fraiberg (1987) observó estados de entumecimiento fisiológico, donde el retraimiento llevaba a la inmovilización y al bloqueo. De forma similar, a los esquizoides, la retirada al aislamiento y la compartimentalización de las experiencias no integradas les permite seguir existiendo dentro un sistema defensivo marcado por la vigilancia continua, la confusión y la soledad. Las tentativas de conectarse, seguidas del retraimiento respecto a los demás e incluso a uno mismo, mantienen a la persona en un aislamiento perpetuo, renunciando a las relaciones objetales externas y viviendo como lo que Guntrip (1968/1995) denominó “espectador indiferente” (p. 18).

Los individuos esquizoides se retraen de los objetos internos perturbadores o poderosos. Es posible que encuentren un aislamiento temporal en el claustro del aislamiento, un lugar que les permite descansar del agotamiento y la intensidad de la agitación tanto interna como externa. Sin embargo, este retraimiento distante y extremo es tan remoto que la persona queda totalmente desconectada: sus carencias, sus necesidades y sus requerimientos le son desconocidos. Las barreras primitivas mantienen a la persona aislada e incluso perdida respecto al self.

Mi premisa es la siguiente: *en la condición esquizoide, la persona vive en un mundo de aislamiento creado por el retraimiento respecto a los otros; la persona también vive en una matriz de experiencias vitales que no han sido integradas, mientras que, al mismo tiempo, trata de arreglárselas con el mundo exterior. Vive entre medias –como si estuviese suspendida– porque no existe la sensación de un lugar en el que asentarse o de algo a lo que denominar “yo”. El retraimiento, junto con las partes disociadas del self, permanece compartimentalizado. Por ejemplo, al recordar su estado autístico, Williams (1993) se describió a sí misma como viviendo en un mundo de ceguera, sordera y mudez perpetuas a pesar de que pudiese ver y escuchar y tuviese la capacidad de hablar. Utilizaba su retraimiento y sus estados disociativos para proteger y sostener su vida. Este tipo de encapsulamiento autístico representa una protección para el niño y cuando se mantienen en la edad adulta, se convierte en una dinámica protectora fijada en el estado del yo Niño. El ser capaz de identificar los estados del yo y especialmente los estados del yo Niño me ha ayudado a trabajar con esta posición arcaica y temprana así como a manejar el proceso primario inherente a la condición esquizoide.*

Entender y apreciar el trabajo de Winnicott (1988) sobre las conmociones también me ha resultado útil a la hora de trabajar con individuos esquizoides. Una forma de manejar una conmoción es tratar de huir de la disrupción o del shock porque resultan insoportables. Si nadie aporta alivio o consuelo, entonces se prueba otra solución. Parece que el encapsulamiento autístico tiene lugar porque el mundo es demasiado, de modo que la persona se retira a un espacio que los clientes describen como “la nada”, “un agujero negro”, “un caparazón”, “congelamiento” y “no pertenencia al mundo”. Khan (1974) menciona a una clienta que se describía

a sí misma como “alguien que vive en una manta”. (p. 142). Uno de mis propios clientes escribió “el dolor es demasiado, quiero que se vaya. Puedo hacer que se vaya porque yo me voy, incluso de mí mismo”.

Para estos individuos, puede haber poca conexión con el mundo real porque ni siquiera tienen forma de conectar con su propia consciencia de quiénes son realmente. La fantasía sustituye la realidad. El mundo se vuelve peligroso, con nadie que apoye, valide o normalice los pensamientos y los sentimientos. La norma acaba siendo un apego precario, en el mejor de los casos y a menudo la evitación de los demás. Semejante retraimiento a un estado del yo Niño fijado permite a la persona sobrellevarlo; sin embargo, estas adaptaciones refuerzan respuestas arcaicas en lugar de permitir la evolución del self así como nuevas posibilidades de afrontar problemas. A menudo estas personas cuentan que se sienten como una “cosa”, proyectan en los demás su sensación de ser un objeto e imaginan que a su vez serán tratados como tal y no como una persona.

En resumen: los trabajos de Fairbairn, Guntrip, Bettelheim, Khan, Ogden y Winnicott apoyan mi conclusión de que el encapsulamiento autístico es la forma de organización más primitiva de la psique y la forma más temprana de retraimiento. Esta existencia retraída usada como protección está en el núcleo de la condición esquizoide. Ahí también nos encontramos con las fijaciones del desarrollo y los estados disociativos que refuerzan el retraimiento, de los que hablaremos en la siguiente sección de este artículo.

Desapego y encapsulamiento: el self oculto

Gracias a las investigaciones más recientes sobre el desarrollo, ahora sabemos que el bebé participa de forma activa y diferenciada en su entorno (Cassidy y Shaver, 1999; Marrone, 1998; Stern, 1985). También sabemos que para que tenga lugar un desarrollo sano, un bebé necesita la presencia de una figura materna cariñosa que le ayude a orientarse en el mundo y en última instancia en su propia existencia. Tal y como escribió Bettelheim (1976): “Primero el bebé tiene que convertirse en importante para otro ser humano al que pueda influenciar y que por tanto se vuelve importante para él” (p. 229). La influencia mutua facilita el desarrollo al dotar al bebé de una conciencia de quién es “yo”. A través de las acciones del bebé y de las respuestas adecuadas de un Otro afectuoso, se incita al bebé a salir al mundo con una conciencia incipiente de su self y de la conexión con los demás en su entorno. Por el contrario, una persona con una defensa esquizoide no llega a percibir invitaciones a estar en el mundo y con los demás. En la estructura esquizoide, la escisión mantiene la necesidad de contacto y de conexión con los demás fuera de la consciencia.

Trabajar el vínculo puede ayudarnos a entender cómo perduran el aislamiento y el desapego respecto a los demás en el compromiso esquizoide. (El compromiso implica permanecer suspendido entre el contacto deseado con los demás y el retraimiento respecto a ellos). Al desarrollar su teoría del apego, Bowlby (1958/

1969/1973/1988) identificó los vínculos afectivos como la base para el desarrollo de una personalidad segura e independiente. Cuando se da una separación, una amenaza a la separación o una falta de respuesta a la necesidad de apego, primero el niño protesta llorando y moviendo su cuerpo en un intento de recuperar a la madre. El niño no sólo está enfadado, sino ansioso. Si no hay respuesta, el niño se da cuenta de que no vendrá nadie y se vuelve triste y silencioso. Agotado y solo, el niño finalmente se despega de la situación e incluso de su propio sentido del ser. En el trauma acumulativo (Kahn, 1974), donde se dan brechas en el rol de la madre y tal vez incluso un trauma que conlleve una importante vulneración de los límites, el desapego puede ser uno de los componentes primarios para afrontar la situación y sobrevivir. La receptividad del otro, generalmente un otro preferido, es la respuesta recíproca que se necesita cuando se activa alguna necesidad. Cuando falta un cuidador receptivo, el desapego de las necesidades y deseos puede convertirse en la norma.

Cuando Marie se remontó a los primeros años de su infancia, empezó a darse cuenta de lo deprimida que había estado su madre. Marie recuerda cómo, siendo muy pequeña, su madre le decía "Ve con tu padre" cuando le pedía ayuda. Ella acudía entonces a su padre que la maltrataba. Se separó de todos. Se desprendió de los recuerdos del maltrato empujándolos fuera de su consciencia. Al no haber nadie para ella, renegó de sus necesidades y sus apetencias.

Cuando el niño se vuelve desapegado, las necesidades y los deseos desde la infancia a la adolescencia, se solidifican o se congelan en el tiempo. El afecto no puede modularse ni integrarse. No puede haber ningún sentido de ser uno mismo si las experiencias internas y externas se perciben como caóticas; se pierde la unidad de los estados del yo y la parte regresiva y retraída del individuo queda encapsulada. En su descripción de la vulneración de los límites del niño, Winnicott (1988) ilustró a través de sus dibujos el retorno del niño a un estado de "aislamiento en el silencio" (p. 128) para conseguir cierta sensación de estar vivo. Por su parte, Fraiberg (1987) describió un "retraimiento conservador" tras la huida de una amenaza (p. 200). Este lugar aislado y primitivo es lo que secuestra a la persona en la posición esquizoide y retraída al tiempo que protege un estado sensible y vulnerable de las perturbaciones internas y externas.

Sin embargo, el mantenimiento de esta posición protectora inhibe la actividad y tiene un efecto profundo en la destreza y la autoeficacia. Se construye un sistema de organización de las experiencias para evitar los sentimientos y los recuerdos de las experiencias vitales. Una armadura de desapego e indiferencia, junto con un retraimiento rodeado de una barrera autística sitúan a la persona en un mundo oculto en el que prolifera la fantasía y los sentimientos desbordantes constituyen la norma. Las necesidades y deseos básicos acaban perdiéndose en un retraimiento psíquico masivo y las relaciones quedan descartadas porque lo que más se necesita también es lo que más se teme. La persona queda suspendida entre los encuentros con el mundo interno y el mundo externo sin relación real con el otro. El mundo interno

se constituye de relaciones objetales repletas de fantasías y sueños así como de un caparazón creado por el aislamiento primitivo; respecto al mundo externo, la persona no se implica o bien no quiere a otro ni tiene expectativas de recibir la ayuda de otro. Es como si la persona no pudiese permanecer en ninguno de los dos sitios y acabara perdida, asustada y sola. Al quedar al margen de las relaciones, tampoco existe un auténtico sentido del self. Se considera que la experiencia de pérdida del self es “el resultado de una catástrofe intersubjetiva en el que las relaciones de apoyo se han quedado reducidas a su nivel más básico” (Orange, Atwood y Stolorow, 1997, p. 55).

La fijación del Estado del Yo Niño

Una de mis intenciones aquí, es ayudar a clarificar algunas de las confusiones que existe respecto a los estados del yo arcaicos, los procesos defensivos fijados y la negligencia psicológica en el trauma. A los analistas transaccionales les resulta útil considerar los niveles de escisión de Fairbairn y Guntrip a la hora de trabajar con el estado del yo Niño arcaico. Berne (1961) afirmó que: “el niño incluye un Padre arcaico, un Adulto arcaico y un Niño aún más arcaico que representan un estado del yo aún más temprano al que es posible que regrese en caso de estrés” (p. 301). El retraimiento como procedimiento protector fue descrito por Winnicott (1988) cuando ilustró el retorno del niño a un estado de “aislamiento en la quietud” para recobrar cierta sensación de estar vivo. Así sucede también en el modelo de escisión de Guntrip, que detalla un retraimiento pre verbal temprano. El Niño arcaico de Berne contiene un estado primitivo que se convierte en un lugar donde mantener la vida; esto parece ser idéntico a las consideraciones de Guntrip y de Winnicott. El intenso retraimiento – un respiro temporal – se convierte en un modo de vida: un aspecto del guion de vida. Las creencias, los sentimientos, los deseos, las fantasías, los patrones de conducta y los recuerdos reforzantes constituyen el punto de mira del tratamiento en una Psicoterapia Integrativa orientada a la relación y terapéutica (Erskine y Moursund, 1988; Erskine y Zalcman, 1979). En ese lugar retraído y oculto sólo hay existencia, sin ningún sentido verdadero del self ni del self en relación con un otro. La persona sigue sin implicarse y sin estar integrada y vive una desesperación silenciosa. Los patrones del retraimiento y de la disociación conforman la condición esquizoide.

El espacio “entremedias”

Se necesita una psicoterapia intensiva para conseguir efectos en el núcleo de las experiencias infantiles en aquellos individuos que manifiestan estructuras esquizoides. Desvelar los conflictos que subyacen al problema, entender el material inconsciente y crear una relación desempeñan un papel fundamental a la hora de llegar al núcleo del estado del yo Niño y su contenido arcaico. Para que la terapia con estos clientes sea eficaz, habrá que trabajar tanto con la parte oculta y secuestrada del ser de la persona como con las experiencias históricas que no han

sido integradas.

La teoría y los métodos que empleo derivan del enfoque de la Psicoterapia Integrativa (Erskine y Moursund, 1988; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999). Para aquellos que luchan con síntomas esquizoides, la relación terapéutica les proporciona el contacto en la relación que facilita la sanación y la emergencia del self perdido y retraído. A través de una indagación suave, pueden explorarse las experiencias subjetivas de la persona, examinar el contenido histórico, entender las formas de afrontamiento y apoyar la vulnerabilidad de un self oculto y asustado. La relación terapéutica se convierte en la matriz en la que el significado y los recuerdos afectivos pueden construirse para entender e integrar mejor el relato de la persona. Los componentes cognitivos, afectivos, sensoriales y conductuales se analizan a través de la indagación de los sistemas de guion de la persona, así como su sistema histórico y fenomenológico.

El propósito final del espacio relacional creado por el cliente y el terapeuta es proporcionar un lugar en el que el cliente pueda reorganizar un sentido del ser interno y salir del aislamiento y del desapego que ha marcado su historia. Winnicott (1958) describió primero este lugar como un “espacio potencial” (p. 54); identificó este campo intersubjetivo como un área de experimentación intermedia en la que el cliente y el terapeuta trabajan con los patrones repetitivos de sentimientos, pensamientos, acciones y sensaciones del cliente. Lo desconocido e inconcebible se vuelve conocido y comprensible, lo que había sido rechazado y alienado empieza a conectarse con los sentimientos y las sensaciones y así, en este proceso, se reconocen las acciones y las conductas.

En la reorganización de la personalidad, se deben considerar intervenciones terapéuticas que manejen la regresión.

En una sesión, el dedo de Marie se movía ligeramente mientras ella permanecía recogida en un ovillo en su “nada” de retraimiento. Estiré mi dedo y toqué la punta del suyo. Respondió cerrando su dedo alrededor del mío y aumentando la presión piel contra piel. Se había producido el contacto.

En semejantes situaciones, el contacto con otra persona que se muestra presente, atenta y receptiva a las necesidades y los deseos de la persona permite la formación de una base segura. Esta fusión o vínculo permite que el sentimiento de estar con el mundo evolucione hacia la inmersión en una relación en la que se busque y se acoja la implicación interpersonal. Está claro que las necesidades relacionales no sólo están presentes en la infancia sino que son “componentes de una relación que se hallan presentes cada día de nuestras vidas” (Erskine y Trautmann, 1996, p. 322). En una relación, nos involucramos con los demás; en una relación segura, se puede mostrar la espontaneidad, la flexibilidad y la intimidad y cada persona puede ser ella misma.

Los patrones de un apego inseguro

A partir de nuestros apegos más tempranos, formamos una base segura o insegura. Cuando las relaciones no son predecibles y el propio sentido de la existencia se ve amenazado, puede surgir la incertidumbre y el niño experimenta que la relación que anhela a veces está y otras no. A esto se le llama apego ambivalente. Existe un segundo tipo de apego inseguro, el apego evitativo (Bowlby, 1973), en el que se minimiza tanto la necesidad de conexión que el niño no espera que el otro esté presente o se muestre receptivo. También se ha identificado un tercer patrón de apego inseguro o ansioso: el apego desorganizado (Marrone, 1973). En estos casos, la narración de la vida de la persona es confusa o se olvida, tal y como se ve en los trastornos disociativos (Barach, 1991; Liotti, 1992), y la conexión con el objeto de apego resulta azarosa.

Propongo un cuarto patrón de apego inseguro, al que llamo apego “aislado”. En este patrón, las relaciones con los demás no están sustentadas en el sistema representacional de la psique. Los objetos internalizados son exterminados por una barrera o un caparazón. Al quedar separada del mundo y de los demás y desconectada de sus necesidades y deseos, la persona se retrae tan lejos en la “nada” que no encuentra a nadie allí e incluso el sentido de su propia existencia queda anulado. Esta aniquilación del sentido del self y de ser persona hace que este patrón de apego sea distinto del apego ambivalente, evitativo o desorganizado; en el apego aislado no hay objetos, no hay ninguna relación en absoluto. La persona puede aparentar desinterés, indiferencia y/o desdén y parecer inabordable o inalcanzable.

Métodos para manejar en terapia el self encapsulado

A causa del aislamiento extremo y de la aniquilación del self y de los otros que caracterizan aquellos con trastornos esquizoides, la terapia con semejantes individuos necesita apoyar de manera respetuosa y consistente la posición única del cliente, manejar su motivación y su necesidad de contacto y tener en cuenta procesos intrapsíquicos como los estados del yo y el guion de vida. Los siguientes métodos me han resultado particularmente útiles en esta tarea.

Contacto con el estado del yo retraído. Proporcionar un lugar seguro para que emerja el self y que se establezca un vínculo terapéutico es primordial en la terapia con estos individuos extremadamente retraídos. Una premisa fundamental en la Psicoterapia Integrativa es que los humanos son relacionales y que la necesidad de relacionarse es un factor motivacional primordial. Experimentamos la relación a través del contacto, tanto internamente como externamente (Erskine y Trautmann, 1996). Al tomar conciencia del contacto y de sus interrupciones, las fijaciones y el retraimiento que forman parte del sistema psíquico de la persona esquizoide y la relación con el terapeuta pueden analizarse. Aquello que yace incrustado en una historia de indefensión, desorganización y la amenaza de la desintegración del ser de la persona puede desvelarse con cuidado y comprenderse en el contexto de las experiencias vitales de hoy en día. A la hora de trabajar en los límites de un self

oculto – pero uno al que se invita a formar parte del mundo – el dilema esquizoide queda al descubierto: quedarse dentro o salir al mundo. El modo en que el individuo, con la ayuda y el apoyo del terapeuta puede pasar de una posición en que evita el contacto a la conexión con los demás se convierte en un punto esencial del trabajo terapéutico. La indagación en la experiencia esquizoide permitirá que la persona reconozca: (1) la existencia del retraimiento; (2) la importancia de las interrupciones del contacto a través del retraimiento; (3) el uso del retraimiento como estrategia de afrontamiento y (4) el self vulnerable, oculto y perdido frente al contacto.

El espacio retirado de encapsulamiento y de pérdida de la relación en el retraimiento ha de ser considerado como una tentativa de resolver los conflictos internos y externos que se experimentaron en el pasado.

Marie entró silenciosamente en mi oficina y se sentó en el sofá. Se retrajo en aquel espacio vacío y privado; se volvió más distante. A menudo me he sentado con ella, en silencio, valorando su retraimiento. El miedo la hace retraerse y la intensa soledad la empuja a volver a conectarse.

Implicación. Se ha descrito la implicación como la disposición del terapeuta a dejarse impactar por el paciente, una respuesta afectiva recíproca por parte del terapeuta, una sensibilidad al nivel de desarrollo del cliente, un compromiso con el bienestar del cliente y una relación terapéutica apropiada (Erskine, 1993; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999). En la terapia con individuos extremadamente retraídos, el terapeuta ha de tener la capacidad y la voluntad de entrar en una fusión con el cliente sin perder su compromiso con la relación terapéutica. En lo que se refiere al retraimiento esquizoide, la implicación como método terapéutico consiste en: (1) reconocer la existencia del retraimiento: “Tú sueles retraerte...”; (2) validar la importancia del retraimiento: “Hay razones importantes que explican tu retraimiento”; (3) normalizar el retraimiento: “Ésta fue una manera de mantener tu self” y (4) utilizar las respuestas en sintonía del terapeuta: “Estoy aquí contigo”.

La implicación invita a tomar conciencia tanto del proceso interno del cliente como de la relación con el terapeuta. Esto es crucial con los esquizoides porque las reacciones de encapsulamiento tienen lugar cuando “la atención se ha desviado del mundo objetivo... a favor de un mundo subjetivo y dominado por la sensación que se halla bajo el control directo [de la persona]” (Tustin, 1986, p. 25). El paso del ámbito intrapsíquico al ámbito interpersonal permite al cliente ser oído, visto y comprendido por otro (el terapeuta) así como traer a la conciencia el “agujero negro” o el “caparazón” de la desconexión. Encontrar puntos de contacto y compartir el espacio terapéutico dota al cliente del poder de salir del caparazón helado y autístico. Un cliente me contó que hasta entonces nunca había permitido que nadie conociese su lugar oculto; temía que lo tacharan de loco y lo encerraran como lo habían hecho con su hermana.

A medida que los clientes empiecen a afrontar sus defensas protectoras, habrá veces en las que vuelvan a entrar en el encapsulamiento arcaico. En estos casos la implicación del terapeuta es crucial para reorganizar la experiencia interna. Little

(1981) describe esta fusión como una “unidad básica” o una “indiferenciación total primaria” (p. 109). No existe ningún sentido claro del self o del otro, no hay distinción entre los estímulos internos y externos (Pine, 1985). En estos casos, se da una fusión entre el cliente y el terapeuta que “raya lo absoluto” (Kahn, 1974, p.149). En esta fusión, el terapeuta debe “estar presente, vivo, alerta, entregado y vital” (p. 157) pero sin violentar la experiencia del cliente.

Si el terapeuta lo consigue, se crea un estado mágico en el que existe la ilusión de una unidad ininterrumpida a través de la implicación. Semejante unicidad permite que el self emergente del cliente crezca por medio de la interacción con el terapeuta como parte del entorno. Un regreso a la unicidad da al cliente la oportunidad de encontrar sus raíces psíquicas y reparar lo que Balint (1968) describió como una “falta básica” (p. 21). Una mujer describió su experiencia de unicidad con el terapeuta como el flotar en un océano: ella no tenía límites, ni principio ni final. Contó que desde aquel lugar pudo empezar a contactar consigo misma.

En la relación terapéutica el terapeuta se une al cliente a la hora de experimentar las conexiones afectivas que se necesitan para la unicidad y la emergencia de los estados del self. El terapeuta, que está activamente implicado en el proceso, invita al cliente a la relación haciendo el seguimiento de las experiencias del cliente y del significado que les da la persona para contactar con el terapeuta. Para los individuos que se han atrincherado a través del retraimiento intenso, como en la posición esquizoide, la relación terapéutica puede representar el lugar del “otro que funciona de forma armoniosa, sin interrupciones... [donde] la dualidad entrelazada coexiste con la unidad” (Ogden, 1990, p. 212). Lo que nosotros, como terapeutas, percibamos en las señales de nuestros clientes y nuestras respuestas a estas señales es importante para el desarrollo y la conservación de la relación terapéutica. Mientras se trabaja con un cliente regresivo, se hace un seguimiento de las sensaciones corporales y los movimientos. El terapeuta responde con palabras, gestos o incluso contacto físico a los sonidos o los movimientos del cliente. Como ya escribieran Brazelton y Barnard (1990): “La experiencia humana tiene su origen en formas empáticas del contacto físico real” (p. 57). Decirle a una clienta que oigo su llanto silencioso o que veo la lágrima que corre por su mejilla a menudo es suficiente para que la persona sepa que estoy ahí. El roce de la punta del dedo, como en el caso de Marie, permite el contacto. Centrarse en los sonidos y los movimientos también estimula la actividad que fue suprimida.

Este estado regresivo, uno de unión básica tal y como describieron Balint, Little, Ogden, Pine y Tustín, ilustra el rol esencial del terapeuta al estar con un cliente que ha regresado a su self oculto. Una regresión dentro de la relación permite al cliente estar en la experiencia y a la vez tener a alguien que está presente de forma suficiente sin llegar a ser excesiva. Los terapeutas han de ser sensibles y respetuosos con los deseos, las necesidades y las fantasías que se manifiestan en el cliente en este lugar regresivo y aceptar los intensos afectos resultantes sin sentirse sobrepasados

ni reaccionar retrayéndose.

Había veces en la sesión en las que Marie no decía una palabra. Incluso su cuerpo parecía carecer de vida. Otras veces caminaba o salía de las sesiones enfurecida o presa del pánico. Contó que me miraba desde “un lugar muy hondo en mi interior” para ver cómo respondía yo cuando se sentía desesperada, furiosa o temerosa. A menudo expresaba lo importante que era mi viveza para ella porque la ayudaba a sostenerla en sus momentos más oscuros. El que yo la aceptara, estuviese donde estuviese ella, también fue importante para nuestra conexión.

La relación con una persona regresiva y retraída requiere una paciencia consumada, tacto y destreza (Tustin, 1986). En su trabajo, Arieti (1974) escribió que el terapeuta tenía que ser perseverante para llegar a contactar con semejantes individuos. En la regresión, el terapeuta tiene que ser consciente de los momentos en los que el cliente hace ademán de salir del aislamiento. A través del campo intersubjetivo, el terapeuta puede estar pendiente de su propia experiencia personal así como de los significados y las experiencias afectivas del cliente en los acting-out. El contacto con el cliente se inicia con suavidad, a través de una presencia tranquila e interesada. En el espacio que comparten terapeuta y cliente, se debería minimizar la actividad y la indagación para estimular la emergencia del estado del yo Niño aislado.

A medida que el cliente atraviesa la agonía psíquica de la pérdida y la desolación y el dolor físico de la regresión, el terapeuta va desempeñando un rol cada vez más activo a la hora de contener los sentimientos de desesperación. El terapeuta debe ser capaz de manejar tanto los intensos afectos del cliente como sus propias reacciones contratransferenciales. La regresión lleva al cliente y al terapeuta a “áreas donde predominan las ansiedades psicóticas que [a su vez necesitan] ser exploradas y donde se hace necesario desvelar las experiencias tempranas y reconocer y resolver las ideas ilusorias” (Little, 1990, p. 83). (Little emplea la expresión británica “psychotic anxieties”, que en castellano se traduce literalmente como “ansiedades psicóticas”, para referirse al intento del niño de manejar una situación caótica e incontrolable, una que sobrepasa la percepción sensorial). Las experiencias regresivas permiten a la persona dar sentido tanto a aquello a lo que no ha podido llegar en el encuentro con lo desconocido en presencia de un otro como otorgarles un significado a estos acontecimientos. El cliente necesita la experiencia de la regresión y de la relación tanto como la teme. Sin embargo, trabajar con la regresión como una regresión en la relación facilita la consciencia y el desarrollo de la sensación de ser de una persona. Una vez que se ha construido como un sistema cerrado, la persona empieza a abrirse despacio al mundo exterior.

Sintonía. El método de la sintonía sostiene el desarrollo de un self central proporcionando la sensibilidad necesaria para establecer una unidad básica. Erskine y Trautmann (1996) conceptualizaron la sintonía como:

Un proceso de dos partes: empieza con la empatía –es decir la capacidad de sensibilizarse e identificarse con las sensaciones, las necesidades o los

sentimientos de la otra persona – y la capacidad de transmitir esa sensibilidad a la otra persona. (...) Se trata de un proceso de comunión y unidad de contacto interpersonal. (p. 320)

La sintonía también se clasifica por el grado de resonancia y reciprocidad que se necesita para un contacto en la relación. Al servir al terapeuta como guía interna para la indagación y los significados atribuidos a las experiencias del cliente, el uso de la sintonía mejora la relación terapéutica. La sintonía cognitiva, afectiva, rítmica y evolutiva son las principales categorías que combina el terapeuta en la relación terapéutica para mejorar el contacto (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999).

Otra manera de considerar la sintonía es fijándose en las interrupciones internas del contacto en cuatro niveles: la existencia, la importancia, la resolución y el self. De este modo he identificado cuatro componentes del proceso de sintonía: la resonancia afectiva, la atención/solicitud, la reciprocidad y la sinceridad y el compartir.

La resonancia afectiva es la habilidad de resonar físicamente. Winnicott (1988) consideraba que el desarrollo del self se desplazaba de la fusión del bebé con el entorno al fortalecimiento del self corporal como una unidad dependiente del cuidado físico, al “amanecer de la consciencia” y al reconocimiento del otro para llegar finalmente al desarrollo gradual de la socialización (p. 8). La resonancia afectiva permite al terapeuta percibir y acoger los movimientos y los sonidos del cliente. “Te oigo” y “te veo” – ya sean indicados de forma verbal o no verbal – reconocen la existencia del cliente y fortalece su ego corporal. Del mismo modo que la madre refleja a su hijo/a en la díada madre-bebé, el terapeuta refleja las experiencias del cliente y de este modo, el contacto entre ambos se convierte en un patrón de relación. Los momentos silenciosos (Pine, 1985) o “la quietud en el centro” (Little, 1981, p. 125) también facilitan un sentido de la identidad corporal. En la terapia, el fortalecimiento del self corporal se consigue a través de la presencia física del terapeuta y de sus palabras, como por ejemplo: “Estoy aquí contigo. Tú estás aquí conmigo. Soy consciente de ti en el espacio que estamos creando. Tú tienes un impacto en mí”. Para la persona que se ha retraído y se ha perdido para sí misma y para los demás, éste es el comienzo de un largo proceso en el que el self puede empezar a abrirse.

La receptividad o la atención al presente y a las circunstancias inmediatas implican el interés y la consideración que otorga el terapeuta a los patrones de contacto y a las respuestas dadas al acoger la vitalidad del cliente. El terapeuta tiene que estar lo bastante atento como para que sus respuestas sean instantáneas, lo que Guntrip (1968/1995) llamaba “reactividad inmediata” (p. 312). Sin esta inmediatez, el cliente puede retraerse de nuevo. La atención del terapeuta a los patrones de desconexión del cliente y a sus intentos de conexión proporciona información sobre el momento en que puede iniciarse el contacto. El terapeuta debe prestar atención a los símbolos concretos que use el cliente para entender y dar significado a las experiencias subjetivas arcaicas. La indagación del terapeuta en el mundo simbó-

lico del cliente valida los símbolos de éste último en el contexto de la relación terapeuta-cliente y transforma cognitivamente estos símbolos en pensamiento abstracto. Con la ayuda del terapeuta, el cliente se convierte en el sujeto que interpreta (Ogden, 1990) y que puede generar sus propios pensamientos e interpretar sus propios símbolos. Esto dota al individuo de la experiencia cognitiva necesaria para pasar de la fantasía y la imaginación al mundo real.

La reciprocidad es otro componente importante a la hora de contactar con el self oculto. Khan (1989) describió:

Cómo el proceso clínico que de forma gradual involucra a dos personas en una reciprocidad de relación y, si todo va bien, a su debido tiempo les permite separarse la una de la otra en estado de gracia, habiendo despertado ante sus selfs ocultos. (p. 9)

La reciprocidad se centra en el campo intersubjetivo, es decir, una sensación de dos personas trabajando juntas en una relación recíproca y compartida. Del mismo modo que la madre enseña al niño pequeño a regular los afectos intensos sosteniendo los sentimientos para el niño, el terapeuta absorbe (a través de la contratransferencia) y acoge el afecto a través de su implicación en la experiencia del cliente. De este modo, la organización del self del cliente se lleva a cabo a través del sustento de otra persona que responde a sus necesidades, deseos y sentimientos en el contexto de unos eventos compartidos. Tanto el cliente como el terapeuta sacan partido de la reciprocidad de relacionarse.

El explorar cómo el cliente intenta satisfacer sus necesidades actualmente revela los mecanismos de protección que estableció en su relación con objetos más tempranos. El interés y la consideración del terapeuta hacia las necesidades, los deseos y las fantasías del cliente transmiten el compromiso y la responsabilidad del terapeuta respecto al bienestar del cliente y aumenta su toma de consciencia de sus procesos internos. La atención a las rupturas en la relación y a los errores terapéuticos proporciona al terapeuta pautas sobre dónde y cuándo conectar con el cliente. Las interrupciones del contacto también proporcionan al cliente información acerca de cómo, cuándo y en qué circunstancias se retira del contacto.

La sinceridad y el compartir también son elementos importantes de la sintonía. El cliente no es el único que se abre al proceso, el terapeuta también tiene que ser una parte activa de la relación mostrándose tanto franco como sensible así como vulnerable y abierto. La sinceridad se consigue aceptando las capacidades y las limitaciones así como recibiendo las críticas. La participación del terapeuta en la supervisión continua permite el seguimiento del curso del tratamiento y contribuye a un resultado de crecimiento tanto para el cliente como para el terapeuta.

Conclusión

Aún no comprendemos todos los factores que intervienen en la sanación psíquica o en el fracaso psicoterapéutico. Sin embargo, se pueden identificar factores específicos que pueden ayudarnos como terapeutas a ayudar a los clientes

en su crecimiento y su desarrollo. Una variable bien documentada en la literatura clínica es que una relación constante y confiable con otra persona proporciona una experiencia organizadora que facilita la emergencia del self para el cliente. El caos de una “línea del ser quebrada” (Winnicott, 1988, p. 135) se reduce a través de la experiencia de continuidad que proporciona la relación con una persona que cuida y responde.

Uno de mis clientes, un artista, trajo una de sus esculturas a una sesión. En la parte externa había tres trozos de arcilla que parecían la piel de un rinoceronte y que describió como un muro protector. Cuando retiró el caparazón externo, sostenía un corazón en su mano – un corazón roto – que había sido capaz de destapar en la relación terapéutica. El afrontar en la terapia su aislamiento, su retraimiento, la disociación y las etapas del desarrollo donde había fijación le permitió recuperarse a sí mismo. Esto ilustra que el trabajo con las partes disociadas de la posición esquizoide no es diferente al trabajo con el trastorno de identidad disociativa; ambos requieren integrar experiencias fragmentadas y compartimentalizadas.

La ciudadela secreta que algunos clientes describen como un búnker o una fortaleza es una adaptación para sobrevivir, un compromiso entre el aislamiento y la implicación en las relaciones. Salir de la ciudadela significa abandonar un estilo de vida conocido y requiere mucha ayuda y apoyo. En la terapia, la relación entre el cliente y el terapeuta facilita estas experiencias, al descubrir el cliente, “Éste/a soy yo, mi forma de sentir, mis creencias y lo que hago, este es mi pasado, de donde provengo; y esto es lo que necesito hacer ahora para ser responsable de mí mismo y de otros”. Para los clientes extremadamente retraídos, la regresión en la relación puede proporcionar un entorno seguro en el que el cliente y el terapeuta trabajan y conviven juntos de forma segura durante el tiempo en que el cliente atraviesa las experiencias esenciales que se requieren para formar un sentido del self estable. Tal y como escribió un cliente: “En mi retraimiento puedo sentirte [al terapeuta] y no me siento tan solo. Consigo conocer y entender este lugar que creé hace mucho tiempo. Ya no tengo tanto miedo de este sitio o de ti como solía tenerlo antes. Empiezo a salir un poco. Un lugar en el que yo puedo estar contigo está creciendo”.

“El renacimiento y el resurgimiento del corazón vivo perdido de la personalidad (...) es la cuestión definitiva” (Guntrip, 1968/1995, p.12). Como terapeutas, tenemos en nuestras manos el alma y el corazón mismo del cliente esquizoide, la parte que se ha aferrado a un hilo de esperanza, sin importar lo fino que fuese, de que la vida puede ser diferente. Cada uno de ellos merece que contactemos con nuestro propio corazón y nuestra propia alma cuando realizamos el trabajo terapéutico, utilizando nuestra sensibilidad, inteligencia y conciencia al invitar a su self oculto y encapsulado a unirse a nosotros en el mundo real.

Notas del Editor:

Agradecemos el permiso de publicación al Transactional Analysis Journal

Artículo publicado originalmente en inglés en *Transactional Analysis Journal*, 2001; (31)1, 44-54.

Traducción: Inés Arregui Guivarc'h

Referencias bibliográficas

- Arieti, S. (1974). *Interpretation of schizophrenia*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Londres, Reino Unido: Tavistock.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation, IV*, 117-123. 4(3), 117-123.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Bettleheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. Nueva York, NY: The Free Press.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Vol 1 of Attachment and loss*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger. Vol. 2 of Attachment and loss*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Brazelton, T. B. y Barnard, K. E. (1990). *Touch: The foundation of experience*. Madison, CT: International Universities Press.
- Cassidy, J., y Shaver, P. R. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Erskine, R. G. (1993). Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23(4), 184-190.
- Erskine, R. G. (1997). *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*. San Francisco, CA: TA Press.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (1988). *Integrative psychotherapy in action*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy: A theory of contact-in-relationship*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (1996). Methods of integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 316-328.
- Erskine, R. G. y Zalzman, M. J. (1979). The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9(1), 51-59.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Londres, Reino Unido: Tavistock.
- Fraiberg, L. (Ed.). (1987). *Selected writings of Selma Fraiberg*. Columbus, OH: University Press.
- Guntrip, H. (1995). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. Madison, CT: International Universities Press. (Trabajo original publicado en 1968)
- Hazell, J. (Ed.). (1994). *Personal relations therapy: The collected papers of H. J. S. Guntrip*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Khan, M. M. R. (1974). *The privacy of the self: Papers on psychoanalytic theory and technique*. Madison, CT: International Universities Press.

- Khan, M. M. R. (1989). *Hidden selves: Between theory and practice in psychoanalysis*. Londres, Reino Unido: Hogarth Press.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- Little, M. I. (1981). *Transference neurosis and transference psychosis: Toward basic unity*. Nueva York, NY: Jason Aronson.
- Little, M. I. (1990). *Psychotic anxieties and containment: A personal record of an analysis with Winnicott*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Marrone, M. (1998). *Attachment and interaction*. Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.
- Ogden, T. H. (1990). *The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Tustin, F. (1986). *Autistic barriers in neurotic patients*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Williams, D. (1993). *Nobody nowhere*. Nueva York, NY: Avon Books.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alive. In D. W. Winnicott, *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 29-36). Nueva York, NY: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1988). *Human nature*. Nueva York, NY: Schocken Books.