

INFERENCIA, RE-EXPERIMENTACIÓN Y REGRESIÓN: PSICOTERAPIA DE LOS ESTADOS NIÑO DEL YO

INFERENCE, RE-EXPERIENCING, AND REGRESSION: PSYCHOTHERAPY OF CHILD EGO STATES

Richard G. Erskine

Institute for Integrative Psychotherapy. Vancouver, BC, Canadá
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2896-4165>

Amaia Mauriz-Etxabe

BIOS Instituto de Psicoterapia Integrativa. Bilbao, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2318-7421>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Erskine, R.G. y Mauriz-Etxabe, A. (2020). Inferencia, Re-experimentación y Regresión: Psicoterapia de los Estados Niño del Yo. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 205-226. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.362>

Resumen

En este artículo se explora el método de Regresión a periodos evolutivos previos utilizando el concepto de Análisis Transaccional sobre los Estados Niño del Yo, junto con el planteamiento de una relación terapéutica sintónica. Los métodos de psicoterapia incluyen la indagación fenomenológica e histórica acerca de las sensaciones corporales y de los afectos a fin de poder formular, con ayuda de la inferencia, un perfil sobre las experiencias emocionales tempranas de la vida del o la cliente. Se presentan descripciones de caso clínico que permiten diferenciar el proceso terapéutico de re-experienciar, respecto al proceso de re-vivir que puede tener un resultado retraumatizante.

Palabras clave: tolerancia afectiva, terapia regresiva a periodos evolutivos previos, estados del Yo, inferencia, re-experimentar, regresión, revivir, memoria inconsciente.

Abstract

Age regression is explored using the Transactional Analysis concept of Child ego states and the necessity of an attuned therapeutic relationship. The methods of psychotherapy include phenomenological and historical inquiry about body sensations and affect to form an inferential profile of the clients early life emotional experiences. Case descriptions are provided to differentiate between therapeutic re-experiencing and reliving which may be retraumatizing.

Keywords: affect tolerance, age-regression therapy, ego states, inference, re-experiencing, regression, reliving, unconscious memory.



Eric Berne afirmó en su capítulo sobre el análisis de la regresión (“Regression Analysis”), que su objetivo terapéutico era crear “la situación óptima para el reajuste y la reintegración de la personalidad al completo”. Escribió sobre la importancia de la experiencia “fenomenológica” del Estado Niño del Yo que “vivamente se reactivaba en la mente del paciente”. Esta vívida experiencia emocional a menudo iba acompañada de una intensa expresión emocional, característica de un niño pequeño. Equiparó estas vívidas experiencias emocionales con la “memoria visceral” o la “abreacción” (1961, pp. 224-231).

Aunque Berne escribió sobre la relevancia de hacer una terapia de regresión a edades evolutivas previas, no identificó el conocimiento, la preparación, las habilidades específicas ni la calidad de la relación necesaria para facilitar una regresión evolutiva con apoyo terapéutico. Berne escribió acerca de su experimentación con sus clientes durante los trabajos de “role-playing” sobre sus vivencias infantiles. Las descripciones sobre su práctica clínica parecen colocar el énfasis terapéutico en una comprensión “inferencial” de la experiencia infantil (Berne, 1961). Sin embargo, su capítulo resulta una inspiración para nosotros y ha proporcionado algunas de las bases teóricas para incluir diversas modalidades de la terapia del Estado Niño del Yo y de la regresión terapéutica sobre etapas evolutivas en nuestro repertorio de habilidades psicoterapéuticas (Erskine y Moursund, 2011; Moursund y Erskine, 2004).

La resolución de los conflictos del Estado Niño del Yo del cliente y de las cuestiones relacionadas con su Guión de Vida, resulta esencial dentro de la práctica del Análisis Transaccional en la psicoterapia contemporánea (Berne, 1972; Erskine, 2010a; Hargarden y Sills, 2002; Sills y Hargaden, 2003). Durante la infancia temprana los patrones relacionales fijados –que constituyen el núcleo de un Guión de Vida– se forman en base a reacciones de supervivencia fisiológicas que tienen una función auto-estabilizadora, en base a conclusiones experienciales implícitas, a introyecciones y también en base a decisiones explícitas (Erskine, 2010b). Para poder llevar a cabo una psicoterapia profunda, el psicoterapeuta debe ayudar a su cliente a resolver conflictos, huellas de la negligencia afectiva y aquellos traumas de la infancia que permanezcan fijados en su vida. Esto requiere que pensemos sobre nuestros clientes desde una perspectiva evolutiva con sensibilidad hacia las necesidades físicas y relacionales de la niña o el niño, los posibles conflictos relacionales y las pérdidas que pudo haber sufrido, así como en la calidad y tipo de influencia proporcionada por sus cuidadores y, finalmente, en las estrategias que encontró para lograr una estabilidad, algún tipo de regulación e incluso para mejorar y evolucionar.

Muchos psicoterapeutas han tenido clientes que afirman no disponer de recuerdos sobre las experiencias de la infancia antes de los ocho o diez años, pero esos mismos clientes sienten repulsiones o anhelos intensos, desarrollan patrones de evitación o de compulsión y pueden tener relaciones conflictivas (Wallin, 2007). Estos patrones emocionales y relacionales podrían ser una expresión de la memoria,

una memoria que no es consciente porque estas experiencias no se han traducido en una idea, concepto, ni en lenguaje o narrativa (Bucci, 2001; Kihlstrom, 1984; Schacter y Buckner, 1998). Si las experiencias relevantes no son reconocidas dentro de la familia, porque no se entablan conversaciones significativas, podría resultar imposible reflejar las necesidades, las sensaciones emocionales o los conflictos relacionales en lenguaje social o incluso pensar sobre ello (Cozolino, 2006). Del mismo modo, si la persona nunca pudo experimentar –en relaciones interpersonales significativas– vivencias tales como la paciencia, la gentileza, la amabilidad o el respeto, nuestros clientes no podrán tener recuerdos de esos eventos, ni de ese espacio ni de ese tiempo; y habrá, por lo tanto, un vacío de experiencia (Erskine, 2008). Resulta posible que conteste “*No sé*” a muchas preguntas sobre acontecimientos importantes en su familia. En cambio, estas memorias procedimentales implícitas se reflejarán a través de sus reacciones fisiológicas y de sus reacciones emocionales, se reflejarán también a través de las reacciones y “re-actuaciones” que se producen en la relación cliente-terapeuta y en muchas de las transferencias que se actúan en la vida cotidiana (Freud, 1912a), e incluso podrá manifestarse mediante una difusa sensación de vacío.

Recordar, revivir y re-experimentar

En psicoterapia, muchas de las transacciones terapéuticas consisten en ayudar a nuestros clientes a *recordar* experiencias vitales, a dotar de sentido a esas experiencias recordadas y en descubrir cómo las reacciones y conclusiones tempranas influyen en las decisiones que se toman en la vida actual. Cuando nuestros clientes relatan historias diversas de su vida, recurren a la memoria explícita y, junto con su psicoterapeuta, crean una narrativa coherente y completa que otorgue sentido y significado a sus experiencias (Berne, 1972).

Revivir es diferente de recordar. Al revivir, se *repiten* las experiencias dolorosas y se *repiten* los conflictos del pasado; se refuerzan los viejos mecanismos de auto-estabilización y compensación, las reacciones de supervivencia y las conclusiones de guión no sólo se confirman, sino que a menudo se intensifican: la persona podría llegar a *re-traumatizarse*. Con frecuencia, se provoca así un refuerzo de antiguos patrones de autoprotección y de auto-estabilización. Esto puede ocurrir en situaciones inesperadas tales como estar viendo una película o estar inmerso en una disputa familiar y, en ese contexto puede que la persona evoque y reviva una experiencia aterradora o dolorosa. La evocación puede producirse cuando la persona narra una historia cargada de emociones y pierde el contacto interpersonal mientras la relata. Como reacción a la ausencia de contacto interpersonal, podría escalar la intensidad de sus afectos y de las sensaciones corporales, reforzando así las reacciones de supervivencia fisiológica tempranas o sus conclusiones de guión. Nuestros clientes también pueden encontrarse en situación de revivir cuando el psicoterapeuta o la psicoterapeuta, no evalúa la relevancia de lo que su cliente está comunicando a través de la transferencia. En situaciones así, el cliente se ampara

en antiguas creencias de guión para poder manejarse en esa situación (Erskine, 1991; Novellino, 1985). Cuando este revivir ocurre a través de la transferencia, la tarea del psicoterapeuta es “asumir la relación transferencial” (Trautmann, 1985), involucrarse activamente en las actuaciones transferenciales del cliente, de tal modo que el contacto pleno en la relación terapéutica proporcione una nueva experiencia, una que resulte esclarecedora y reparadora.

Revivir se corresponde con la descripción fenomenológica de lo que Freud (1920b) denominó *compulsión de repetición*: una persona poniendo en acción aquello a lo que no puede dar forma como recuerdo o memoria explícita y, que por lo tanto, no puede expresar con palabras. Las funciones psicológicas de dicho revivir son dos.

La primera función es homeostática y permite mantener una sensación de estabilidad, continuidad y predictibilidad; la segunda función comporta una afirmación de la energía psíquica invertida en la salud y la vitalidad, implica la esperanza de obtener una experiencia reparadora y la satisfacción de las necesidades relacionales. Es el impulso de sanar, reparar y crecer, similar a lo que Berne denominó *Physis* (Berne, 1972; Cornell, 2010). Todas estas diferentes funciones se encuentran en un equilibrio dinámico: el dilema interno consiste en permanecer inmutable o crecer y cambiar (Beisser, 1971).

Re-experimentar es casi revivir. Emergen los mismos afectos, reacciones corporales y conflictos internos, y se reactivan los recursos arcaicos de compensación y auto-estabilización. Pero, antes de que el reforzamiento se produzca, el psicoterapeuta y su cliente co-crean un desenlace distinto, un desenlace que transforma los antiguos patrones de sentimientos y los patrones relacionales. Una re-experimentación terapéutica efectiva resulta “segura, pero no demasiado” (Bromberg, 2006), opera en el *límite terapéutico*. Propicia en el cliente un estado de *emergencia creativa* (Perls, Hefferline y Goodman, 1951) tomando en consideración su “ventana de tolerancia” (Siegel, 1999, p.253) y la intensidad de los afectos y reacciones fisiológicas que el cliente consigue procesar sin depender de los antiguos patrones de auto-estabilización y afrontamiento. Una relación terapéutica segura permite a nuestros clientes *casi* revivir las negligencias y traumas del pasado mientras encuentra ese punto de activación que le capacita para energizar nuevas respuestas físicas. En lugar de reactivar los patrones arcaicos de autoprotección, la re-experimentación terapéutica posibilita que nuestros clientes puedan renunciar a retroflexiones fisiológicas, exteriorizar las emociones no expresadas y adoptar decisiones que transformen sus vidas.

Facilitando los Recuerdos

Una de las tareas principales al hacer psicoterapia con el *Estado Niño del Yo*, consiste en ayudar a nuestros clientes a traducir sus sensaciones físicas y afectivas al lenguaje, en ayudarles a adquirir consciencia y a comprender tanto las reacciones de supervivencia infantil significativas como las conclusiones implícitas, y a ubi-

car sus patrones relacionales en un contexto histórico. Para construir con nuestros clientes una relación terapéutica efectiva destinada a *desconfundir* los *Estados Niño del Yo* y *descontaminar* el *Estado Adulto del Yo*, resulta esencial adoptar una perspectiva relacional que incluya sintonía afectiva, rítmica y evolutiva. Mediante la indagación fenomenológica, el psicoterapeuta sintonizado ayudará a construir un lenguaje dialógico que permita que la experiencia interna tome forma, se exprese y tenga significado. La indagación fenomenológica e histórica proporcionará una oportunidad para que los recuerdos de nuestros clientes, cargados de aspectos afectivos y fisiológicos, se expresen, quizás por primera vez, en un diálogo entablado con una persona interesada y comprometida.

Una vez que hemos establecido una relación terapéutica segura y consistente y que hemos explorado y resuelto los conflictos relacionales a medida que surgen en las diversas transferencias, con frecuencia nos centraremos en ayudar al cliente a descubrir las cualidades naturales y los recursos personales que poseía cuando era niño, en comprender el estilo de relaciones familiares en el que creció, y a tomar conciencia de las conclusiones y decisiones que pudo haber tomado en aquel contexto.

Éstos son algunos ejemplos referidos a la naturaleza de la indagación histórica que empleamos para facilitar los recuerdos con clientes que no pueden rememorar experiencias tempranas:

- ¿Quién estaba ahí, contigo, para contarle tus preocupaciones o tus alegrías cuando regresabas del colegio (o antes de irte al colegio)?
- ¿Cuál era la naturaleza de las conversaciones familiares durante la cena?
- ¿Cómo era para ti el momento del baño cuando tenías 3 o 4 años? ¿Quién estaba allí contigo? ¿Te permitían jugar en el agua? ¿Cómo era el ritmo y el tacto de la persona que te secaba? ¿Qué sentías tú?
- ¿Cuál era tu rutina antes de acostarte cuando eras pequeño? ¿Quién te arropaba y de qué hablabais?
- Cuando eras pequeño y querías que alguien jugara contigo en el suelo, ¿qué hacía tu madre (o tu padre)?
- Cuando ya tenías la edad suficiente para comer alimentos sólidos, ¿cómo te alimentaba tu madre? ¿Era tolerante con tus gustos y tu comportamiento?
- Imagina como fue la experiencia de ser amamantado por tu madre.
- Imagina como era la experiencia cuando te cambiaban los pañales.

Cada una de estas indagaciones históricas va seguida por varias indagaciones fenomenológicas tales como: ¿Qué sentiste? ¿Cómo respondiste? ¿Eso tiene algún significado para ti? ¿Qué está sucediendo en tu cuerpo mientras me narras esa historia?

Nuestra indagación histórica opera constantemente de forma retrospectiva. A menudo comenzamos con preguntas sobre la etapa de la adolescencia y después nos enfocamos en los años escolares. Entretejemos nuestra indagación histórica con diversas indagaciones fenomenológicas y preguntas seleccionadas sobre la forma en la que el cliente manejó cada situación. Cuando estamos preguntando sobre los

años preescolares, la mayoría de los clientes responden “*No recuerdo*”. Les pedimos entonces que imaginen su experiencia, que elaboren una historia impresionista, ya que conocen la personalidad de los adultos que fueron significativos y cómo podrían haber respondido en esas situaciones.

Siempre nos encontramos trabajando con sensaciones, fragmentos de imágenes, impresiones e historias familiares, lo que denominamos “inferencia terapéutica”. Es como si estuviéramos co-creando un collage narrativo de la historia de vida de nuestro cliente. Cada respuesta a las indagaciones históricas y fenomenológicas proporciona un elemento más al collage. Puede que no sea una representación fotográfica exacta de lo que sucedió en la infancia de nuestro cliente, pero este collage es una representación válida de sus sentimientos e impresiones.

Una cliente que padecía falta de energía y describía una sensación de melancolía, no conseguía imaginar el trato que le dispensó su madre cuando era niña. Con cada indagación histórica, se quedaba mentalmente en blanco. Sólo llegaba a describir cómo se había mantenido alejada de sus padres. Cuando nació su hijo, hizo con él una visita a su madre. Ella no mostró interés alguno en su nieto y criticó a los padres jóvenes por abrazar al bebé y por no dejarlo solo llorando a la hora de dormir. Este incidente ayudó a mi cliente a darse cuenta de que su carencia de recuerdos indicaba que nunca había tenido experiencias relacionales significativas dentro de su familia y que su falta de energía y tristeza perpetua eran una reacción a la ausencia de sensibilidad y afecto en su familia de origen.

Cada una de las indagaciones históricas enumeradas anteriormente puede requerir una sesión entera, o incluso más, a fin de explorar las sensaciones corporales, los afectos, las reacciones y las diversas asociaciones que se producen en curso del proceso de buscar respuestas. A pesar de que lleve medio minuto leer esta lista parcial de preguntas, puede requerir medio año o más investigar las historias que estas preguntas suscitan a nuestros clientes.

Hablar no es suficientemente terapéutico

El médico de María telefoneó y dijo: “*Amaia, por favor, atiende a esta mujer, no sabemos qué más hacer por ella. Sufre frecuentes infecciones de vejiga y está constantemente preocupada por contraer todo tipo de enfermedades. Su angustia va más allá de la atención médica que podemos proporcionarle*”. Cuando María llegó a mi despacho, se quejó de haber consultado a varios especialistas y de haber realizado “*un centenar de análisis de sangre*”. Estaba enfadada porque su médico la había enviado a hablar con una psicoterapeuta.

En su sesión inicial, María se mostró convencida de que una psicoterapeuta no podría ayudarla con sus infecciones recurrentes ni con los demás problemas de salud. Continuó hablando sobre sus infecciones de vejiga y sobre sus “sensaciones extrañas” en el área pélvica. Tenía miedo de contraer algún tipo de cáncer ginecológico. Cuando le pedí que describiera su infancia, afirmó: “*Disfruté de una vida normal, con algunos incidentes de los que soy consciente, pero que no tienen*

ninguna influencia sobre mí. Superé las etapas difíciles de mi niñez”. Me pregunté qué habría sucedido durante los primeros años de vida de María y el impacto experimentado en su cuerpo y a nivel interno. Era demasiado pronto para hacer esa indagación histórica, ya que ella se mantenía decidida a hablar únicamente de sus actuales dolencias y sus preocupaciones sobre enfermedades futuras.

En esta sesión de inicio, también le pregunté sobre su matrimonio. Exhaló un profundo suspiro, acompañado de una expresión triste, y me dijo *“es un buen hombre que me aporta una vida suficientemente buena”*. Su respuesta me incitó a plantearme si ella disfrutaba de su matrimonio o si se sentía atrapada. Continuó diciendo que tenían tres hijos y que su marido trabajaba mucho en el restaurante de la familia. Estaba decepcionada de que él no pasara tiempo con ella, ni con los niños. Mientras yo escuchaba en silencio, me comentó que era un *“hombre muy bien organizado”* y que tenía un férreo control monetario sobre la familia. Ella no podía comprar ni siquiera su ropa sin su permiso. Él no parecía dispuesto a pagar su psicoterapia.

En esta primera sesión, y en varias sesiones posteriores, aparecieron muchas discrepancias en su narrativa, además de diversas contradicciones entre el contenido de lo que ella relataba y sus expresiones faciales. No realicé confrontaciones; mi intención era construir una relación terapéutica segura donde María pudiera encontrar el apoyo y la confianza necesarios para revelar su historia —una clase de relación terapéutica donde pudiera experimentar la aceptación total de su singularidad y donde la protección terapéutica y el permiso (Crossman, 1966) pudiesen crear el puente que pudiera permitirle establecer el vínculo entre sus síntomas actuales y cualquier evento pasado relacionado con ellos.

Después de los dos primeros meses de psicoterapia, busqué supervisión para decidir si era el momento de explorar sus obsesiones de enfermedad o de tratar de “descifrar las huellas” de posibles traumas que podrían estar soterrados bajo capas de síntomas físicos —síntomas que podrían reflejar una memoria implícita, no simbólica de negligencia o abuso repetido y, simultáneamente, podrían ofrecer fórmulas para desviar la atención y así no sentir las emociones abrumadoras relacionadas con cualquier posible trauma. Como resultado de la supervisión, decidí enfocar mi indagación fenomenológica en sus afectos y sensaciones corporales en lugar de trabajar cognitivamente, como ella solía preferir.

Comentó, de forma espontánea, que en su casa se sentía *“emocionalmente abrumada”* y *“tensa en todos los aspectos”*. Como de costumbre, ella quería entender la causa. Sospeché que estaba reviviendo alguna memoria fisiológica sub-simbólica y que con cada episodio se re-traumatizaba. Le expliqué la diferencia entre una terapia enfocada cognitivamente y una terapia que también incluía prestar atención tanto al cuerpo como a las emociones. Pactamos varios contratos específicos sobre:

- el trabajo con las emociones y las sensaciones corporales;
- el modo de mantener su sensación de libre elección;
- la protección frente a sentirse emocionalmente abrumada; y

- la relevancia terapéutica de permanecer en contacto con las sensaciones fisiológicas/afectivas para descubrir la historia inconsciente que se estaba evocando en su cuerpo.

Mientras compartimos varias sesiones centradas en contenido emocional, sus historias infantiles revelaron creencias de guión como “*No soy digna*”, “*Nadie está ahí para mí*”, “*Los hombres son peligrosos*”, “*La vida resulta ardua y solitaria*” (Erskine y Zalcman, 1979). Intercaladas con las sesiones de terapia centradas en lo emocional, mantuvimos varias sesiones enfocadas en aspectos más cognitivos y en las que esbozamos su sistema de guión y también exploramos en ellas cómo recopiló experiencias reforzantes para confirmar su Guión de Vida (Erskine y Moursund, 2011; O’Reilly-Knapp y Erskine, 2010). Posteriormente declaró que la combinación de una terapia emocionalmente expresiva con “sesiones de reflexión” la ayudaron a comprender su conducta e interacciones diarias con las demás personas.

En una de nuestras sesiones, se quejó de un punto doloroso en su espalda. En vez de prestar atención a sus frecuentes preguntas y a sus temerosas anticipaciones sobre lo que podría significar, le pedí que estuviera atenta a la postura torcida de su cuerpo. Me planteé la hipótesis de que ella estaba experimentando una memoria corporal y que tal vez pudiéramos facilitar la toma de consciencia e incluso poner en palabras su experiencia interna. Quería que María pensara en su cuerpo y lo sintiera en vez de fantasear sobre posibles catástrofes. Me pregunté qué rememoraría y qué sentiría si se colocase en una postura cómoda. Recordé que muchos dolores físicos se producen por el efecto de las *retroflexiones* habituales que están relacionadas con la angustia emocional/física. Tales retroflexiones –en un intento de abordar situaciones emocionalmente abrumadoras– interrumpen la consciencia de los sentimientos, de las necesidades y también de las reacciones corporales originales (Perls et al., 1951).

Le pedí que cerrase los ojos, que exagerase su postura y que prestase atención a las sensaciones que estaba sintiendo. Alenté a María a describir lo que iba experimentando. Mientras lo hacía, tuve la sensación de que había perdido el contacto con sus propias reacciones y con sus ritmos corporales naturales y que las retroflexiones eran su único medio para controlar los recuerdos implícitos.

“*Oooohhhh*”, exclamó, “*Ésta es la postura que ponía muchas veces a la edad de ocho o nueve años. Tenía que ayudar a mi padre a trasladar grandes sacos de patatas*”. Su llanto era profundo. “*Era terrible. Cargaba esos pesados sacos y si me retrasaba, mi padre me gritaba*”. Mientras María seguía llorando, describió cómo a menudo le obligaban a hacer un trabajo que estaba más allá de su fortaleza y resistencia. Describió su infancia “*con abusos y ausencia de protección*”.

Esta primera sesión terapéutica orientada hacia lo corporal resultó ser una puerta de acceso a otras sesiones centradas en el cuerpo y en los afectos; el resultado fue un despliegue de recuerdos infantiles sobre el control y la violencia de su padre (Caizzi, 2012). Durante las siguientes sesiones continué indagando sobre sus sensaciones corporales, sus afectos y las asociaciones correspondientes.

Relató varias historias acerca de su vida familiar temprana que nunca antes había contado, ni siquiera a sus hermanas. Me habló de una “madre débil” que “*jamás me protegió*”, “*incluso participó con nuestro padre golpeándonos a todos*”. María comentó que, en comparación, el control del dinero que ejercía su marido y su falta de afecto parecía un “buen trato”.

Comentó que estaba teniendo una “*experiencia totalmente nueva*”, contar con “*una persona interesada en mí*” y “*que me ayuda a recordar cosas que nunca me había planteado*”. Que yo realizara indagaciones fenomenológicas e históricas se convirtió en algo esencial en nuestras sesiones durante esta fase de la psicoterapia. Me resultó claro que la función de los síntomas físicos de María consistía simultáneamente en distraerla de la confusión interna mientras que, de forma inconsciente, revelaban su propia historia (Erskine, 2008).

La terapia orientada al cuerpo que estábamos realizando, generalmente no incluía contacto físico; mi énfasis incidía en ampliar la consciencia de María sobre sus afectos, sensaciones físicas y recuerdos asociados (Erskine, 2014a). Cuando el cuerpo de María y sus recuerdos sub-simbólicos resultaban críticamente perturbadores, de forma espontánea agarraba mi mano. Cuando se aferraba a mi mano, a veces con contacto visual, la intimidad de nuestra relación proporcionaba una re-estabilización emocional. Yo le brindaba mi protección, mi atención, mi interés y una presencia plena, las cualidades relacionales que la niña añoró de una madre que “*nunca me protegió*”. Esta re-estabilización relacional le proporcionó una reorganización sensorio-motora, re-experimentaba en lugar de revivir (Allen y Allen, 1972).

Declaró que de vez en cuando se convertía en “*una niña llorona... sin palabras y con extrañas sensaciones corporales*” cuando su marido se enfadaba con ella. Comprendió que sus infecciones de vejiga con frecuencia aparecían cuando se sentía asustada y sola, a menudo después de un conflicto con su esposo. Sin embargo, hacia el final de este primer año de terapia, compartió que el dolor que acompañaba a las infecciones de vejiga se había reducido y que ya no dedicaría más tiempo de las sesiones a preocuparse por su salud futura. En cambio, tomó una mayor consciencia de tres temas: los recuerdos dolorosos y aterradores, la negación del comportamiento negligente y abusivo de sus progenitores, y la *desapropiación* y *negación* sobre la infelicidad en su matrimonio. Mi tarea terapéutica en este punto consistió en mantenerla consciente de su pasado sin que se perdiese en historias cargadas de emoción que pudieran re-traumatizarla. Se dieron ocasiones en las que su relato llegaba a acelerarse, su respiración se intensificaba y perdía el contacto conmigo. En esas ocasiones, le propuse que redujera el ritmo de su discurso, que me mirase a los ojos, que respirase profundamente y que sintiera la historia que contaba su cuerpo mientras me lo narraba. Mi intención era aumentar el contacto interpersonal como una nueva forma de estabilización y regulación emocional.

Después de un año y medio, María decidió suspender la terapia. Dijo que ya no estaba preocupada por su salud y que la psicoterapia le había resultado útil

porque le aportaba una sensación de “*sentirse más fuerte*”. No podía permitirse el lujo de continuar, ya que ella y su marido discutían a menudo porque ella acudiera a psicoterapia y él no le permitía gastar más dinero. Le aseguré que si alguna vez decidía regresar, yo estaría disponible. Dos años más tarde, después de obtener el divorcio y tras la muerte de su padre, retomó la terapia.

La suma del divorcio y la muerte de su padre proporcionaron el estímulo para que nos centráramos en sus sentimientos de rabia (no identificados previamente) hacia su marido y hacia su padre. Contaba con recuerdos explícitos de varias disputas familiares en su adolescencia, de su padre golpeándola y diciéndole “*no eres nada*”, “*eres una mierda*”. Se dio cuenta de que siempre había evitado estar cerca de él. Empleé el método de la “silla vacía” (Perls, 1969) para ayudarle a expresar su enfado y facilitar que experimentase una sensación de hacer impacto. En medio de este trabajo María se sorprendió, “*jodiaba mucho a mi padre y simultáneamente le echo tanto de menos...!*”. De nuevo empleé el método de la “silla vacía” para ayudarle a aceptar y resolver su dolor. Nos centramos en que María hablase con la imagen de su padre acerca de sus anhelos, aflicción, resentimiento y cariño; expresó un genuino “hola” a su padre –en una sesión para revelar la verdad– como preparación para un “adiós” sin reservas (Erskine, 2014b).

En esta fase de la terapia, mantuvimos tres sesiones extensas donde lleve a cabo un trabajo de psicoterapia con el *padre introyectado* de María. Durante este trabajo, entendió con claridad que había interiorizado cuatro mandatos parentales específicos: “No confíes en nadie”, “Nunca muestres tus sentimientos”, “La vida es para los fuertes” y “Trabaja duro y no pidas ayuda”. Exploramos los efectos de tales mensajes de mandato en su crecimiento, su modo de conformarse y, al mismo tiempo, de rebelarse contra esos mensajes, y la importancia de sus propias expresiones de autodefinición. Resulta significativo que gran parte de la autocritica de María se interrumpió después de esas tres sesiones de terapia con su *Estado Padre del Yo*. En el marco de esa terapia del *Estado Padre del Yo*, dedicamos tiempo para que ella respondiera desde su *Estado Niño del Yo*. En este diálogo *Niña-Padre* comprendió cómo el mandato de su padre había influido sobre su conducta y en su actitud hacia la vida.

Un día, María llamó por teléfono y pidió una cita extra con urgencia. Había sufrido un accidente de coche. Parte de su asistencia médica incluyó un examen ginecológico. Durante ese examen, después en casa e incluso en nuestra sesión, se sintió inundada de abrumadoras sensaciones emocionales y físicas. En nuestra sesión, María compartió los hechos del accidente y del examen médico, pero su intensa expresión emocional indicaba una reacción traumática.

¿Era ésta una mera reacción a un accidente automovilístico leve o María estaba reviviendo inconscientemente alguna experiencia traumática de una etapa previa de su vida? Si fuera esto último, yo no disponía aún de suficiente información que me permitiese concluir a qué edad. Sabía que las reacciones de supervivencia fisiológica y las decisiones que conforman la vida como respuesta a un trauma

pueden ocurrir a cualquier edad (Erskine, 1980). Resultaba claro que María estaba desbordada por las emociones y tensiones en su cuerpo. Aunque repetía partes de la historia del accidente, María era incapaz de establecer contacto interpersonal. Se mantenía absorta por la confusión interna. Comprendí que, muy probablemente, con un abordaje cognitivo no podría resolver este revivir del trauma que se estaba produciendo.

Recordé que Berne describió como indicio de un trauma que dos Estados del Yo estuvieran catectizados simultáneamente. “*La represión de los recuerdos traumáticos resulta posible sólo por la represión de todos los Estados del Yo asociados. Estos Estados de Yo permanecen preservados en una condición latente, esperando ser catectizados*” (1961, p.19). Hace referencia a la investigación de Penfield que describe cómo dos Estados del Yo pueden invadir la consciencia simultáneamente, como si fuesen dos entidades psicológicas distintas: una entidad en el presente y la otra en el pasado, donde la persona siente de nuevo las emociones y las interpretaciones sobre la experiencia obtenidas en la experiencia original (1961, p.17). Berne explica:

“...dos Estados del Yo, uno dirigido hacia la realidad psicológica y externa actual, el otro un ‘revivir’ (en vez de un mero recordar) de escenas que datan desde el primer año de edad, con gran viveza... y el paciente se siente de nuevo en la situación, y experimenta los efectos con toda la intensidad original” (1961, p.19).

Poco a poco, fui indagando sobre la experiencia interna de María. Mi sintonía con su ritmo resultó esencial. Quería que se sintiera segura conmigo y que se sintiese con libertad para expresar todo aquello que estaba sintiendo. Mientras le facilitaba momentos de silencio, comenzó de nuevo a describir su experiencia en el consultorio del médico: “*Él dijo: ‘Quítate las bragas’. ¡¡Ehhh!! Quiero patearle los huevos*”, gritó. “*Fue difícil contenerme a mí misma. ¿Qué mierda tiene en la cabeza este hombre para hablarme de ese modo?*”. Ahora María gritaba incluso más fuerte: “*Los hombres son peligrosos*”. Su reacción emocional parecía más intensa que la realidad del evento actual. Era como una niña reviviendo una historia aterradora y, en parte, una adulta enfadada describiendo el incidente. Dos Estados del Yo se catectizaban simultáneamente.

Pensé que podría resultar beneficioso para ella realizar una terapia regresiva a otra edad evolutiva, aunque primero sería necesario restablecer la seguridad de nuestra conexión interpersonal e instaurar una sólida comprensión desde su *yo Adulto* tanto acerca del problema externo como en relación a su confusión interna infantil. Dediqué el resto de la sesión a preguntar a María acerca de su experiencia con el ginecólogo. No quería minimizar la realidad de sus sentimientos y percepciones adultas sobre la insensibilidad e intromisión del ginecólogo. Necesitaba expresar su enfado como mujer adulta antes de que nos pudiésemos involucrar, si es que lo hacíamos, en cualquier regresión evolutiva guiada.

Mi enfoque en esta sesión consistió en validar su enfado por la insensibilidad

del ginecólogo y por no haber contado con una enfermera presente junto a él en el consultorio. Nuestra conversación se entabló de mujer a mujer. En caso de ser necesario, tenía la intención de abordar su *Estado Niño del Yo* en una próxima sesión.

Comencé la siguiente sesión hablando sobre la importancia de clarificar nuestro contrato terapéutico (Berne, 1963, 1966; James y Jongeward, 1978; Stewart y Joines, 1978; Steiner, 1974). Quería establecer un contrato claro con el fin de garantizar la protección terapéutica y obtener su consentimiento para realizar cualquier posible regresión de edad. Conversamos sobre las ventajas y los potenciales efectos adversos de llevar a cabo una regresión de edad con carga emocional, sobre cómo podría disponer de opciones y tener el control para detener la regresión si fuese necesario. Hablamos también sobre la importancia de descubrir un final nuevo y reparador para la historia traumática que estaba re-experimentando. Acordamos reservar una sesión más extensa para la regresión evolutiva por dos razones: primera, para que ella pudiese contar con más tiempo para re-experimentar por completo el trauma anterior acompañado de una incipiente sensación de reparación; y segunda, para que pudiéramos disponer de tiempo para hablar sobre sus emociones y sobre cualquier nueva reacción o comprensión de la experiencia traumática desde su Estado Niño del Yo.

Dedicamos los primeros veinte minutos de nuestra siguiente sesión a restablecer nuestra relación y a revisar nuestro contrato terapéutico. Luego invité a María a que cerrase los ojos y recordase la experiencia con el ginecólogo, para poder captar lo que ella vivió cuando le pidió que se quitara la ropa interior. Empezó a temblar. María estaba sintiendo emociones intensas con base fisiológica. Mi mente comenzó a vagar e imaginé lo cómodo que sería para mí trabajar conductual o cognitivamente y así no sentir el impacto emocional que provocaba en mí. Mi contratransferencia apartaba mi mente con energía del profundo trabajo emocional y físico que María necesitaba desesperadamente. Mientras ella gritaba, “¡Oooh, Dios mío! Es la misma situación”, de repente mi sensibilidad se reactivó —sensibilidad hacia la agonía de María, mi compromiso terapéutico y mi sentido de la ética. Resoné con la necesidad de seguridad y la necesidad de su infancia de poder tener elección y le confirmé que estaba con ella y que me mantendría así. Ofrecí a María la opción de parar o de continuar. Agarró mi mano y manifestó que prefería continuar. Como si estuviese hablando con una niña asustada, empleé una voz suave con el fin de animarla a profundizar en la experiencia, y a sentir su cuerpo y también todas sus emociones, para que “puedas conocer todo lo que ya sabes”. □

María comenzó a susurrar: “Estoy en la cama con mi hermana pequeña. Vivimos en una pensión. Tengo seis o siete años”. Empezó a llorar y temblar. Le dije: “María, estoy aquí contigo. Puedes sentir y recordar lo que sucedió”. La parte superior de su cuerpo temblaba mientras sus piernas se enroscaban en su pecho. Se puso a gritar: “Él está aquí... él está aquí”. Le respondí “permítete conocer quién es”. El grito de María se combinaba con enfado: “Es un hombre malo... el que siempre mira a mi hermana y a mí de una forma tan terrible”. Añadí: “Puedes

permitirte saber lo que sucedió”. María se atragantaba con sus palabras, “*Entra en nuestra habitación*”. Intenté tranquilizarla, “*María, esto es muy difícil para ti, pero es sólo un recuerdo, puedes seguir*”.

María gritó: “*Quítate las bragas... quítate las bragas, sigue diciendo. Puedo olerle... apesta... hombre malo... Quiero chillar, pero nadie me va a escuchar. No puedo llamar a mamá... está al otro lado de la casa... los huéspedes... debo estar callada... callada. Nadie está aquí para nosotras. No quiero que venga mi padre... es malo... pega. No le quiero*”. Ella gritó, “*Este hombre malo tiene un cuchillo... va a pinchar a mi hermana con su navaja*”. Animé a María a continuar: “*Haz lo que tu cuerpo quiere hacer, María. Tus piernas se están moviendo*”. María comenzó a patear y rascar en el sofá con sus uñas. Gritó: “*Aléjate de nosotras. No me toques... ¡quítame las manos de encima!*”. Al decir eso, mordió furiosamente el cojín como si estuviera mordiendo al hombre. Le animé a que siguiera mordiendo y moviendo su cuerpo. Pateó ferozmente y gritó: “*No dejaré que me toques... ¡quítame las manos de encima!... Fuera... ¡Quita!... ¡Mamáaaaaa! Mamá ayuda... ¡Mamá, ayúdanos!*”.

Cuando llamó a su madre, resultó evidente que algo había cambiado internamente; María había logrado una nueva experiencia. Ahora sí podía protestar y pedir ayuda. Expresaba la necesidad humana de hacer impacto y de sentirse protegida. Desactivó sus *retroflexiones fisiológicas* –en lugar de inhibirse físicamente, su cuerpo se activaba como señal de protesta. En respuesta a su llamada de ayuda, me acerqué y rodeé a María con mis brazos. La abracé mientras sollozaba y después de unos minutos su cuerpo se relajó, estuvimos juntas en silencio durante varios minutos más. Luego hablamos largo y tendido sobre lo que había sucedido aquella noche; sobre su insensibilización y sobre la tensión en su pelvis y en sus piernas; sobre su necesidad de protección y de cuidado; sobre cómo de niña se protegió y consiguió estabilizarse a sí misma en lugar de depender de sus padres para que le proporcionaran protección y estabilización, y también hablamos acerca de cómo ella era capaz de responder de una manera diferente en el hoy. El resultado de esta nueva experiencia regresiva se reflejó en una constatable calma y en la relajación de la tensión de todo su cuerpo. A lo largo de las siguientes sesiones, en los meses posteriores, resultó claro que experimentaba una nueva sensación de confianza en sus propias percepciones y que había alcanzado una comprensión nueva de sus síntomas físicos previos. Las infecciones de vejiga remitieron.

Al facilitar una regresión terapéutica, se considera esencial que la psicoterapeuta permita que su cuerpo resuene con los diversos movimientos, tensiones y expresiones corporales de la cliente, y que simultáneamente pueda sintonizar con su ritmo, sus afectos y su etapa de desarrollo evolutivo activa en ese particular momento donde se produce la regresión. Dicha resonancia y sintonía cuerpo a cuerpo, proporcionan claves somáticas y afectivas cruciales que son necesarias para que la psicoterapeuta pueda proteger adecuadamente a la cliente de sentirse abrumada por los afectos y por las tensiones corporales. Si la cliente comienza a

sentirse abrumada al experimentar una regresión evolutiva, podría indicar que ha alcanzado el nivel de *tolerancia afectiva que se puede permitir*, ese momento en que su sistema neurológico ya no puede procesar de un modo seguro la intensidad de su experiencia afectiva/fisiológica sin re-traumatización.

Inmediatamente antes de que la cliente alcance el punto crucial de *tolerancia afectiva*, le propondremos realizar alguna acción diferente y nueva que encaje con su necesidad no expresada. Acciones tales como protestar o pedir ayuda –re-experimentar en lugar de revivir. O bien, emplearemos el contacto interpersonal aquí-y-ahora y podremos involucrar a su *yo Adulto* utilizando las intervenciones terapéuticas de explicación e interpretación de Eric Berne, los métodos diseñados para descontaminar al *yo Adulto* de la intensidad de los patrones de autoprotección y auto-estabilización, con carga emocional, que provienen del *Estado Niño del Yo* (1966).

Si la cliente está preparada para abordar un trabajo de regresión más profundo, resultará esencial que podamos co-crear una situación donde la persona pueda *casi-revivir* el trauma original con el fin de trabajar dentro de las mismas vías neuronales que corresponden a ese trauma original. Sin embargo, en lugar de revivir y repetir los mismos mecanismos antiguos de auto-estabilización, encontraremos juntos el modo de crear un desenlace nuevo y diferente para cerrar la experiencia de la cliente: a eso lo llamaremos una *re-experimentación terapéutica*. Esto puede suponer llevar a cabo una psicoterapia con el *Estado Niño del Yo*: orientada a la relación, a que la persona pueda hacer movimientos activos de protesta o a que pueda incluir la experimentación con nuevas formas de autoexpresión. Resulta posible que le proporcionemos explicaciones adaptadas a una niña pequeña (de acuerdo con la etapa evolutiva que estemos abordando) u ofrecer validaciones para facilitar lo que Berne llama “desconfusión del *Estado Niño*” (Hargarden y Sills, 2001). La calidad del contacto interpersonal entre cliente y psicoterapeuta se considera crucial. En las situaciones originales, los acontecimientos resultaron traumatizantes debido a la ausencia de otra persona consistente, segura, y confiable que pudiera ayudar a la niña a recobrase y encontrar la forma para estabilizar sus afectos (Erskine, 1993; Stuthridge, 2012).

Estamos describiendo una psicoterapia con un *Estado Niño del Yo* confuso, asustado, abandonado u oprimido, y consideramos vital que la cliente sienta plenamente la presencia protectora del psicoterapeuta.

Este trabajo de psicoterapia atravesó cinco etapas:

- √ Primera, restablecer la seguridad en nuestra relación terapéutica (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999).
- √ Segunda, descontaminar y fortalecer el *yo Adulto* (Berne, 1961)
- √ Tercera, proporcionar a María permiso para conocer y valorar su propia experiencia infantil (Allen y Allen, 1972).
- √ Cuarta, mantener una presencia relacional que facilite una regresión evolutiva segura y reparadora (Erskine y Moursund, 2011; Moursund y

Erskine, 2002).

- √ Quinta, continuar la elaboración de lo trabajado con varias sesiones posteriores a la regresión evolutiva, que se centraron en el *yo Adulto* de María procesando sus experiencias infantiles y tomando consciencia de la influencia que ejercieron en su vida adulta.

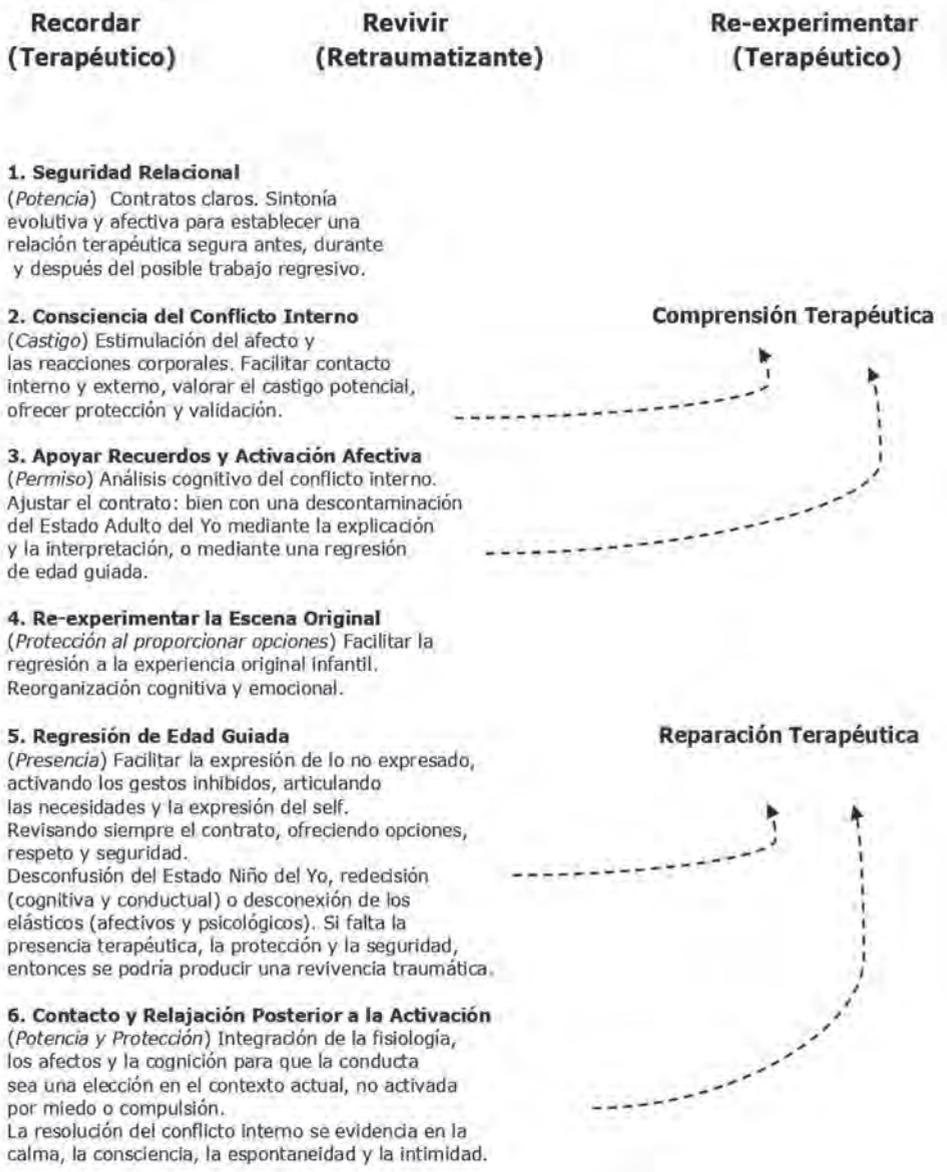


Figura 1. Regresión Terapéutica de Edad.

La regresión de edad: dependiendo del psicoterapeuta

Stella estaba encorvada en el sofá de mi despacho, con sus rodillas pegadas a las orejas. Durante los últimos tres minutos había estado sollozando y mordisqueando su pulgar izquierdo. Estaba reviviendo la experiencia de ser una niña en edad preescolar cuya madre le gritaba que era “malvada” y una “niña que no merecía nada”. Me dolía el corazón. Yo (Richard) quería consolarla, traerla al aquí y ahora, hacer que todo estuviera bien.

Sin embargo, me pareció prematuro intervenir. Esperé a que se produjera un cambio en su forma de respirar. Para que esta regresión evolutiva fuera terapéutica, Stella tendría que permanecer en la experiencia fisiológica/emocional de su infancia temprana durante un instante más, aunque no demasiado extenso, con el fin de sentir totalmente su profundo malestar. Era esencial que *casi reviviera* el trauma del abuso relacional para activar el mismo circuito neurológico que se activó en el ciclo original de traumas que había vivido de niña. Asimismo resultaba esencial que esta regresión tuviera un desenlace diferente, en el que *re-experimentara* el trauma y sus estrategias de autoprotección, mientras activaba también una experiencia completamente nueva —una experiencia reparadora que establecería un nuevo circuito neurológico.

Después de dieciocho meses abordando cognitivamente, mediante *inferencia terapéutica*, las experiencias relacionales de la infancia de Stella, resultó necesario ayudarle a *re-experimentar* cómo manejó la rabia de su madre cuando era una niña pequeña. Sin embargo, me preocupaba que no tuviera los recursos internos para conseguir algo más y que solamente se produjese un *revivir* de este trauma relacional. Si la dejara revivir sus intensos afectos durante más tiempo, parecía probable que se produjese una re-traumatización en esta sesión de psicoterapia y esto podría reactivar las antiguas *estrategias de auto-estabilización* que constituían los “palimpsestos” de su Guion de Vida. “Palimpsestos” es considerado un concepto, una metáfora, que se refiere a las modalidades fisiológicas, sub-simbólicas y procedimentales de la memoria que conforman los patrones relacionales inconscientes y las conclusiones experienciales que constituyen el núcleo de los guiones de vida. Los “palimpsestos” definen las estrategias de afrontamiento del niño previas al lenguaje que surgen después del “protocolo de guión”, los traumas más tempranos en la infancia (Berne, 1961, pp. 116-126).

Dirigiéndome con voz suave a una niña asustada, dije: “*Estoy aquí contigo*”. Después de unos segundos de silencio, añadí: “*Duele cuando mamá te grita, lo sé... el único alivio es esconderse*”. Ella asintió con la cabeza mostrando acuerdo. Su gimoteo se transformó en llanto. Después de otro minuto agregué, “*Parece que tu madre no te consoló. Necesitabas a alguien*”. Su respiración cambió y el llanto se calmó.

En este momento, ya habíamos profundizado lo suficiente en la regresión; Stella se encontraba a punto de superar su nivel de tolerancia afectiva. Estaba sumamente asustada de ser castigada por llorar. Era el momento de volver a interactuar con

ella, “¿Me sientes aquí contigo?”, le pregunté. Ella asintió con un “sí”. Continué, “¿Cómo está siendo que yo me encuentre aquí contigo?”. Respondió lentamente, “Puedo sentirme... Puedo atreverme a recordar... esconderme no resulta tan importante”. Estas indagaciones relacionales devolvieron la atención de Stella a la seguridad de nuestra relación terapéutica. Seguimos hablando sobre nuestra relación, contrastándola con la de su madre cuando era una niña y como adulta en la actualidad. Comentamos mi presencia con ella en las sesiones y cómo esto resultaba emocionalmente tan diferente de cuando, periódicamente, regresaba a casa y se tumbaba en la cama llorando durante horas. El contraste entre la experiencia relacional cliente-psicoterapeuta y los fallos relacionales del pasado, ayuda a la cliente a integrar una sensación nueva del valor de sí mismo y aporta una sensación renovada de estar-en-relación (Erskine, Trautmann y Moursund, 1999).

Cuando indagué sobre las sensaciones físicas y los sentimientos que experimentó durante la regresión de edad, Stella paulatinamente consiguió poner palabras a sus sensaciones corporales y asociar sus experiencias somáticas/afectivas con una imagen de su madre en que esta la sacaba de la bañera a golpes. Este recuerdo permaneció inconsciente y quedó sin simbolizar durante años porque no hubo nadie que la ayudara a formular la memoria fisiológica/emocional y convertirla en un concepto y ponerla en palabras. En las siguientes dos sesiones, cuando revisamos su regresión evolutiva en detalle, Stella pudo expresar con palabras un aspecto adicional de su identidad personal: estaba articulando otro capítulo en la narrativa de su vida.

El día que tuvo lugar esta regresión, Stella derramó una botella de agua sobre mi alfombra. Aunque le aseguré que la alfombra mojada no constituía ningún problema, de forma espontánea comenzó a acurrucarse y gimotear, se produjo una regresión a una edad mucho más temprana. Winnicott (1974) sugirió que la resolución de los recuerdos traumáticos pre-verbales sólo resultaba posible a través de una *relación terapéutica de dependencia* que a menudo conlleva una regresión a esa edad. Margaret Little (1981, 1990) continuó describiendo la importancia de la *dependencia* para facilitar la regresión de edad y, además, la consideró como un modo de resolver los trastornos emocionales sub-simbólicos. Las investigaciones cualitativas de Lorraine Price (2014) y las revisiones de un gran número de publicaciones de psicoterapia ofrecen credibilidad a la idea de que existen beneficios terapéuticos significativos que surgen de una regresión terapéutica guiada en la que la cliente puede confiar en la fiabilidad del psicoterapeuta. Bowlby afirma que la seguridad de una niña se adquiere mediante la disponibilidad continua y la capacidad de respuesta emocional, consistencia y confiabilidad de sus cuidadores, quienes se vivencian como “más fuertes y/o más sabios” (1988, p. 12).

Para que una regresión evolutiva sea considerada terapéutica y beneficiosa para la cliente en lugar de resultar retraumatizante, la relación con el o la psicoterapeuta debe ser también segura, consistente y confiable, y estar sintonizada con sus afectos y el nivel evolutivo que la persona está experimentando. En este ejemplo,

la regresión de Stella se estimuló de dos formas: la primera, su impulso innato de aprovechar la seguridad de nuestra relación para curar su trauma; la segunda, a través del derrame accidental del agua que precipitó la memoria inconsciente, sub-simbólica y procedimental de los golpes y gritos de su madre cuando ella, a los cuatro años, salpicó agua del baño en el suelo. Estos dos factores hicieron posible que Stella realizara una regresión evolutiva que resultó curativa.

Cuando abordamos esta sesión de regresión de edad, Stella ya había asistido a psicoterapia una vez a la semana durante dieciocho meses. Cuando inició la psicoterapia, describía su vida como *“si viviera en una montaña rusa emocional, a veces siendo muy competente y, otras veces, pareciendo una bebé llorona. No tengo ni idea de quién soy”*. Declaró que no disponía de recuerdos anteriores a la edad de diez años. Sospeché que su “bebé llorona” era una forma de recuerdo..., una memoria –fisiológica, emocional y relacional– una memoria sub-simbólica. La indagación histórica reveló poco en los primeros meses de psicoterapia. Confié en la sintonía con su ritmo y afectos mientras seguía pensando en su labilidad emocional desde una perspectiva evolutiva.

Durante nuestro primer año juntos, me centré en crear una relación terapéutica segura y confiable, una relación que estabilizaría y regularía su “montaña rusa emocional”. En el año previo a esta sesión, mi objetivo terapéutico consistió en establecer una relación terapéutica que fomentara la restauración de su mermado sentido del self. Me enfoqué en indagar acerca de sus sensaciones fenomenológicas, sentimientos y asociaciones. Como resultado, Stella comenzó a acceder a algunos recuerdos específicos; a menudo estos recuerdos se iniciaban como sensaciones corporales dolorosas junto con un impulso de retraerse y llorar a solas. En respuesta, expliqué los Estados del Yo y las transacciones. También dedicamos parte de varias sesiones a prestar atención a las transferencias emergentes que incluían la anticipación de Stella de que yo la ridiculizaría o me enfurecería con ella.

A través de la inferencia terapéutica construimos un mosaico de hipótesis sobre su vida temprana y sobre el abandono y el abuso físico que ella experimentó en sus primeros años. A menudo me dirigí a la niña en ella, tal como Eric Berne lo describió al escribir: “el Estado del Yo se puede tratar como un niño real. Puede ser cuidado con minuciosidad, incluso con ternura, hasta que se despliega como una flor, revelando todas las complejidades de su estructura interna” (1961, pp. 226).

He escogido este caso (Richard) de mis notas clínicas con el fin de ilustrar una situación terapéutica en la que intervine de tal manera que paré el trabajo con la regresión evolutiva en el instante que consideré más beneficioso para la experiencia terapéutica. Idealmente, la regresión de edad de Stella podría haber continuado hasta el punto de expresar la protesta contra el trato brutal de su madre. Sin embargo, Stella no disponía aún de suficientes recursos internos para protestar activamente, luchar contra los golpes de su madre o para defenderse de sus definiciones ridiculizantes. Había alcanzado su nivel de tolerancia afectiva. Detuve este trabajo de regresión para evitar que profundizara más y porque Stella estaba al borde de un

miedo intenso –el miedo a posibles castigos por parte de su madre internalizada– y para evitar otra retirada a su “escondite interno”. Éste no fue el final de la regresión de edad guiada en la psicoterapia de Stella, pero resultó suficiente para ese día.

La reparación del trauma-relacional de Stella dependía de que el psicoterapeuta proveyese de una alternativa relacional segura, una relación psicoterapéutica que estuviera constantemente sintonizada con sus necesidades afectivas y evolutivas. Con otros clientes, podría haber resultado beneficioso mantener la regresión más tiempo con el propósito de expresar lo no expresado y activar lo inhibido, y permitir acciones tales como por ejemplo gritar pidiendo ayuda, empujar, golpear o patear en señal de protesta, y así finalmente relatar la verdad o definirse a uno mismo desde la propia percepción.

Conclusión

Los ejemplos de caso de María y de Stella se eligieron para ilustrar el alcance de un Análisis Transaccional Integrativo y Relacional en la psicoterapia contemporánea. La efectividad de un enfoque tan profundo del Análisis Transaccional radica en su énfasis de que el psicoterapeuta trabaje afectiva, fisiológica, cognitiva y conductualmente para facilitar la integración interna de los Estados del Yo Niño y Padre en un yo Adulto. Gran parte de nuestro trabajo terapéutico es relacional: trabajar con y dentro de la transferencia, indagar sobre las experiencias fenomenológicas e históricas de la cliente, sintonizarnos y responder a los afectos y ritmos de la cliente desde una perspectiva evolutiva, y proporcionarle así una consciencia de las funciones auto-reparadoras o auto-estabilizadoras de su dinámica intrapsíquica y de su conducta.

Como mencionamos anteriormente, Berne afirmó que la situación óptima para la reintegración de la personalidad conlleva la experiencia fenomenológica del Estado Niño del Yo que se reactiva vívidamente en la mente de la cliente. Gran parte de la psicoterapia del Estado Niño del Yo que realizamos conlleva: indagar fenomenológica e históricamente para estimular una consciencia clara de los afectos y las sensaciones físicas; proveer de seguridad, consistencia y confiabilidad que permita a nuestros clientes experimentar lo que sienten y conocer lo que intuitivamente ya saben; apoyar la consciencia de la memoria implícita y sub-simbólica; y validar el afecto temprano y las experiencias relacionales de nuestros clientes. A menudo esto supone trabajar con la “inferencia terapéutica” para facilitar que el o la cliente pueda construir una narración personal a partir de la miríada de afectos y sensaciones internas, fragmentos de recuerdos y de memoria implícita y procedimental, historias familiares y sus propias observaciones de la dinámica familiar actual.

Con algunos de nuestros clientes, resulta necesario apoyar una regresión a edades evolutivas previas y proporcionar a través de ello una re-experiencia reparadora de las negligencias o traumas tempranos que experimentaron. Esto requiere ser conscientes del nivel evolutivo de cada cliente y desarrollar una sensibilidad para trabajar en su tolerancia afectiva: acompañar a la cliente a enfrentarse a una

experiencia regresiva lo suficientemente profunda como para re-experimentar los traumas de un modo novedoso y curativo, pero no tan profunda como para que resulte re-traumatizante. En este artículo hemos enfatizado la importancia de la dependencia relacional hacia el o la psicoterapeuta como base para que las clientes descritas puedan revivir claramente los recuerdos implícitos y pre-simbólicos y facilitar así la resolución del trauma. Lo más relevante en todo nuestro discurso e intervenciones terapéuticas se expresa en nuestra premisa: *la curación se produce a través de una relación terapéutica de contacto pleno*.

Nota Editorial:

- Agradecemos el permiso de publicación a Richard. G. Erskine, editor.
- Este artículo corresponde a la traducción del inglés del capítulo 7, *Inference, re-experiencing, and regression: psychotherapy of Child ego states*. En Erskine, Richard G. (2016) *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Karnac.

Traducción: Angela Pérez Burgos

Referencias Bibliográficas

- Allen, J. R. y Allen, B. A. (1972). Scripts: The role of permission. *Transactional Analysis Journal*, 2(2), 72-74. <https://doi.org/10.1177%2F036215377200200210>
- Beisser, A. (1971). The paradoxical theory of change. En J. Fagan y I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications* (pp.77-80). Nueva York, NY: Harper & Row.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Berne, E. (1963). *The Structure and Dynamics of Organizations and Groups*. Nueva York, NY: Lippincott.
- Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello? The Psychology of Human Destiny*. Nueva York, NY: Grove Press.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, NJ: The Analytic Press.
- Bucci, W. (2001). Pathways to emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(1), 40-70. <https://doi.org/10.1080/07351692109348923>
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Nueva York, NY: Harcourt Brace.
- Dashiell, S. R. (1978). The parent resolution process: Reprogramming psychic incorporations in the parent. *Transactional Analysis Journal*, 8(4), 289-294. <https://doi.org/10.1177%2F036215377800800403>
- Caizzi, C. (2012). Embodied trauma: Using the subsymbolic mode to access and change script protocol in traumatized adults. *Transactional Analysis Journal*, 42(3), 165-174. <https://doi.org/10.1177/036215371204200302>
- Cornell, B. C (2010). Aspirations or Adaptation? An Unresolved Tension in Eric Berne's Basic Beliefs. *Transactional Analysis Journal*, 40(3-4), 243-253. <https://doi.org/10.1177/036215371004000309>
- Crossman, P. (1966). Permission and protection. *Transactional Analysis Bulletin*, 5(19), 152-154.
- Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*. Nueva York, NY: Norton.

- Erskine, R. G. (1980). Script cure: Behavioral, intrapsychic and physiological. *Transactional Analysis Journal*, 10(2), 102-106. <https://doi.org/10.1177%2F036215378001000205>
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76. <https://doi.org/10.1177%2F036215379102100202>
- Erskine, R. G. (2003). Introjection, psychic presence and parent ego states: Considerations for psychotherapy. En C. Sills y H. Hargarden (Eds.), *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis, Contemporary Views* (pp. 83-108). Londres, Reino Unido: Worth Publishing.
- Erskine, R. G. (2008). Psychotherapy of unconscious experience. *Transactional Analysis Journal*, 38:128-138.
- Erskine, R. G. (2010a). *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns*. Londres, Reino Unido: Karnac Books Ltd.
- Erskine, R. G. (2010b). Life scripts: Unconscious relational patterns and psychotherapeutic involvement. En R. G. Erskine (Ed.), *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns* (pp. 1-28). Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R.G. (2014a). Nonverbal stories: The body in psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 5(1), 21-33.
- Erskine, R. G. (2014b). What do you say before you say good-bye? The psychotherapy of grief. *Transactional Analysis Journal*, 44(4), 279-290. <https://doi.org/10.1177/0362153714556622>
- Erskine, R. G. (2015). *Relational Patterns, Therapeutic Presence*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. (2011). *Integrative Psychotherapy in Action*. Londres, Reino Unido: Karnac Books (Trabajo original publicado en 1988).
- Erskine, R. G., Moursund, J. P., y Trautmann, R. L. (1999). *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Erskine, R. G. y Trautmann, R. L. (2003). Resolving Intrapsychic Conflict: Psychotherapy of Parent Ego States. En C. Sills y H. Hargaden (Eds.), *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis, Contemporary Views* (pp. 109-134). Londres, Reino Unido: Worth Publishing.
- Erskine, R. G. y Zalcman, M. J. (1979). The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9, 51-59.
- Freud, S. (1912a). *The dynamics of transference*. *S.E.*, 12, 97-108. Londres, Reino Unido: Hogarth.
- Freud, S. (1920b). *Beyond the Pleasure Principle*. *S.E.*, 18, 3-64. Londres, Reino Unido: Hogarth.
- Hargarden, H. y Sills, C. (2001). Deconfusion of the Child Ego state: A relational perspective. *Transactional Analysis Journal*, 31(1), 55-70. <https://doi.org/10.1177%2F036215370103100107>
- Hargarden, H. y Sills, C. (2002). *Transactional Analysis: A Relational Perspective*. Hove, Reino Unido: Routledge.
- James, M. y Jongeward, D. (1978). *Born To Win—Transactional Analysis with Gestalt Experiments*. Nueva York, NY: Addison-Wesley.
- Kihlstrom, J. F. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. En K. S. Bowers y D. Meichenbaum (Eds.), *The Unconscious Reconsidered* (pp. 149-210). Nueva York, NY: Wiley.
- Little, M. I. (1981). *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. Nueva York, NY: Jason Aronson.
- Little, M. I. (1990). *Psychotic Anxieties and Containment*. Nueva York, NY: Jason Aronson.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2004). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Pacific Grove, CA: Thomson: Brooks/Cole.
- Novellino, M. (1985). Redecision analysis of transference: A TA approach to transference neurosis. *Transactional Analysis Journal*, 15(3), 202-206. <https://doi.org/10.1177%2F036215378501500303>
- O'Reilly-Knapp, M. y Erskine, R.G. (2010). The script system: An unconscious organization of experience. En R. G. Erskine (Ed.), *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns* (pp. 291-308). Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Nueva York, NY: Julian Press.
- Price, L. (2014). Back to the beginning: An exploration of the treatment and effects of therapeutic regression to dependence in psychotherapeutic practice (Tesis Doctoral no publicada). De Montfort University, Reino Unido.
- Schacter, D. L. y Buckner, R. L. (1998). Priming and the brain. *Nevron*, 20, 185-195.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. Nueva York, NY: Guilford.
- Sills, C. y Hargarden, H. (Eds.) (2003). *Ego States. Key Concepts in Transactional Analysis, Contemporary Views*, (pp.109-134). Londres, Reino Unido: Worth Publishing.
- Steiner, C. (1974). *Scripts People Live: Transactional Analysis of Life Scripts*. Nueva York, NY: Grove Press.

- Stewart, I. y Joines, V. (1978). *TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis*. Nottingham, Reino Unido: Lifespace.
- Stuthridge, J. (2012). Traversing the fault lines: Trauma and enactment. *Transactional Analysis Journal*, 42(4), 238-251. <https://doi.org/10.1177/036215371204200402>
- Trautmann, R. (1985). Letter from the editor. *Transactional Analysis Journal*, 15, 188-191.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of Breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1(1-2), 103-107.