

El redescubrimiento del cuerpo en psicoterapia

Alberto Fernández Liria *
Beatriz Rodríguez Vega **

Introducción

La separación cartesiana entre la *res extensa* y la *res cogitans*, incorporada al sentido común del occidente moderno, a pesar de haber sido con frecuencia formalmente puesta en entredicho por los fundadores de muchas de las propuestas psicoterapéuticas, ha sido implícitamente asumida en mayor o menor medida por todas ellas. Y ello, a pesar de que las condiciones clínicas alrededor de las cuales se articulan las primeras de estas propuestas, la histeria y la neurosis experimental, parecería que cuestionan, con su mera existencia, radicalmente esa separación.

La psicoterapia nace así definida como *talking cure* y, como tal excluye la consideración del cuerpo más que, en todo caso, como lugar en el que han de manifestarse los efectos de algo que se produce en ese otro espacio de lo psicológico. Las propuestas de considerarlo como un elemento activo en el proceso psicoterapéutico, que, aunque excepcionales, las ha habido(1-4), han sido como mínimo consideradas de algún modo sospechosas o apartadas a los márgenes de la práctica psicoterapéutica bienpensante hegemónica.

En las dos últimas décadas del siglo XX se han producido algunos hallazgos que han obligado a reconsiderar algunos de estos supuestos implícitos cartesianos de la psicoterapia lo que ha dado lugar por

un lado a la posibilidad – y a la necesidad – de una refundación teórica de la psicoterapia basada en una visión de la acción y experiencia humana desprovista de toda reminiscencia cartesiana y, por otro, a una nueva consideración de lo corporal en el proceso psicoterapéutico y, como consecuencia, en las técnicas que se aplican para desarrollarlo.

En este trabajo nos referiremos en primer lugar a los descubrimientos de los llamados neurocientíficos que han resituado el cuerpo como eje articulador de las funciones intelectuales, incluidas las que se consideraban más puramente espirituales, como la guía moral de la conducta y la planificación. Abordaremos después los hallazgos procedentes de la investigación sobre el desarrollo humano para poner de manifiesto tanto el papel de lo corporal en la relación que permite incorporar al medio humano al bebé, como al modo en el que esa relación conforma el cuerpo y, por tanto, el modo en el que la criatura humana se construye a sí misma, a los otros, al mundo en general y articula las reglas que van a regir la relación entre ellos. Desde la perspectiva que estos hallazgos sobre el desarrollo nos proporcionan nos referiremos a las nuevas lecturas que posibilitan los conceptos básicos en psicoterapia como transferencia, contra-transferencia, o experiencia emocional, a las implicaciones que tiene sobre el

*Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Universidad de Alcalá

**Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Universidad autónoma de Madrid

Un elemento clave en la relación de apego es el establecimiento de lo que Daniel Stern llama una sintonía entre el cuidador y el bebé, esto es un doble proceso de resonancia emocional y comunicación.

papel de la emoción en el proceso psicoterapéutico y a las enseñanzas que de ello podemos extraer para organizar y pensar sobre éste proceso. Por fin, revisaremos algunas de las propuestas técnicas que se han desarrollado en estos últimos años y que se encaminan a convertir lo corporal en un campo de actuación específico en psicoterapia.

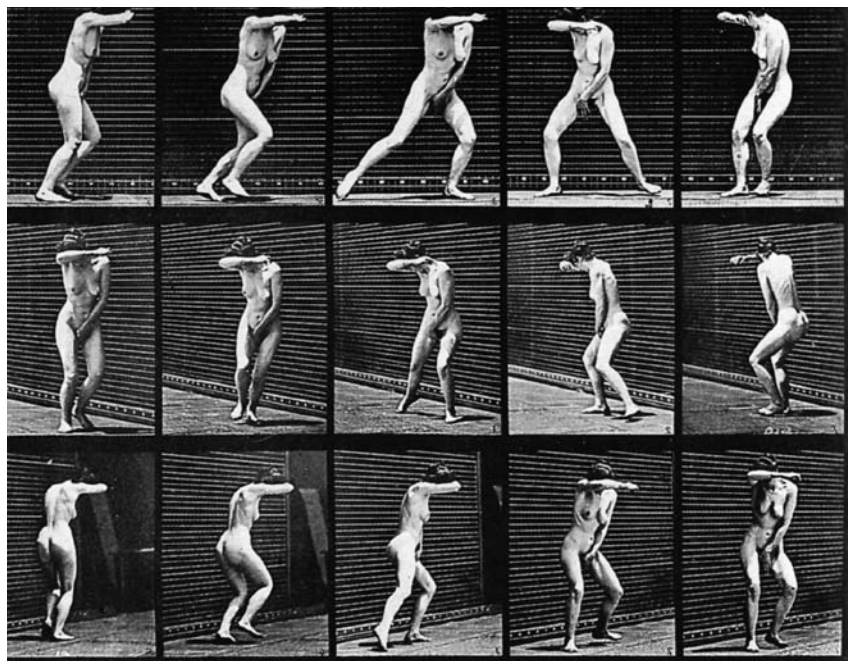
Descartes, phineas gage y el giro copernicano de la neurociencia en las postrimerías del siglo xx

La formulación más clara y popular de las consecuencias de los hallazgos de la neurociencia de finales del siglo XX para la comprensión del funcionamiento del animal humano la proporcionó el texto – pronto convertido en best seller - de Antonio Damasio “El error de Descartes”(5). El punto de partida del libro es el estudio realizado por su mujer, Hanna Damasio, aplicando modernas

técnicas de neuroimagen a los restos de Phineas Gage, un obrero de Nueva Inglaterra que en 1948 sufrió un accidente por el que una barra de hierro que estaba utilizando para barrenar le golpeó en la mejilla izquierda y le perforó la base del cráneo, atravesando la parte frontal para salir por la parte superior de la cabeza. Gage que sobrevivió al accidente, pasada la fase aguda de su evolución, perdió, obviamente, la visión del ojo izquierdo pero no mostraba secuelas motoras. Debemos a su médico John Harlow la descripción de las consecuencias a largo plazo de esta lesión que básicamente consistían en que, quien hasta el accidente había sido un ejemplar trabajador y padre de familia, se convirtió en un trasgresor pertinaz de las convenciones sociales y normas éticas y mostraba sus actos dentro de un entorno social complejo.

Para explicar lo sucedido con éste y otros casos, Damasio, propone una teoría según la cual el organismo humano, como todo organismo animal toma noticia de su ambiente y de su propio estado en cada momento a través de sus órganos de los sentidos, lo que produce la activación de unos determinados grupos neurales que son evaluados en función de la experiencia anterior¹ (en función del efecto que una desviación semejante de los estados previos de los medios interno y externo ha tenido anteriormente sobre el organismo) y responde a ello activando unas respuestas disposicionales preconstruidas, es decir, aquella disposición de los elementos de su soma que sirvió para enfrentar las experiencias anteriores, lo que facilita una respuesta rápida. Damasio plantea que es a este proceso a lo que llamamos emoción y que el sentimiento de esta emoción (la

¹⁰ innatas como sucede con el dolor o con el miedo a las serpientes



Eadward Muybridge

Girando repentinament y escapando. Lámina 73 de Animal Locomotion, 1887

conciencia de la relación entre lo percibido y el estado emocional del cuerpo) lo que nos permite una flexibilidad de respuesta que podríamos poner en relación lo que llamamos libertad.

Se ha hecho mucho hincapié en la importancia que el trabajo de Damasio ha conferido a determinadas estructuras del sistema límbico (como la corteza prefrontal medial), lo que le ha permitido explicar los casos clínicos que le han servido de punto de partida. Pero, para lo que aquí nos ocupa, la aportación fundamental de Damasio es:

- Que las emociones son la base de la actividad del organismo, incluida la actividad que llamamos mental y representan el mecanismo de que el organismo dispone para resolver automáticamente, sin necesidad de que el razonamiento participe en ello, los problemas básicos de la vida.
- Que las emociones consisten en la disposición del organismo (la disposición corporal, visceral y musculoesquelética) para una determinada acción ante una determinada alteración del medio externo o interno.
- Que los sentimientos son, en su esencia, las percepciones de un estado particular del cuerpo que activan en el sistema nervioso lo que Damasio llama un determinado mapa corporal, de modo que “traducen el estado de la vida en curso en el lenguaje de la mente”(6). Así: “el contenido esencial de los sentimientos es la cartografía de un estado corporal determinado; el sustrato de sentimientos es el conjunto de patrones neurales que cartografían el estado corporal y del que puede surgir una imagen mental del estado del cuerpo. (...) Un sentimiento de una emoción es la idea del cuerpo cuando es perturba-

do por el proceso de una emoción”(6).

- La activación automática de determinadas disposiciones del organismo es el mecanismo en el que se basa la anticipación de las consecuencias de la alteración percibida y de nuestra posible respuesta, y, por tanto, de nuestra capacidad de planificación. A estas disposiciones, que resultan de la interacción de las configuraciones innatas con las que son producto de la experiencia, se refiere Damasio con el término marcador somático.
- En individuos que poseen un yo autobiográfico los sentimientos hacen que sea posible procesar de forma significativa los objetos y situaciones relacionados con la emoción, llaman la atención sobre las consecuencias de la situación y, al tener lugar en un entorno autobiográfico, generan una preocupación por el individuo que los experimenta(6).
- En definitiva, que pensamos con el cuerpo.

Todo lo anterior es coherente con una nueva visión de la memoria que emana también de las investigaciones llevadas a cabo por los neurocientíficos del final del siglo XX. Según estos la memoria estaría muy lejos de basarse en un almacén de recuerdos que podría postularse desde una visión puramente cartesiana y que, en todo caso, pudiera, de algún modo localizarse en algún lugar del cerebro.

Una moderna concepción de esta antigua función psicológica nos permitiría definir la memoria como “el modo en que los acontecimientos pasados influyen sobre la función futura”(7). Según lo que se conoce como axioma de Hebb(8): “*neurons that fire together, wire together*” (en castellano se pierde el juego de palabras, pero vendría a

Wallin propone un modelo de psicoterapia que considera ésta como una relación transformadora en la que 1) la relación de apego entre terapeuta y paciente es fundamental y provee una base segura desde la que explorar, 2) esto constituye el contexto para acceder a las experiencias rechazadas o disociadas

decir que las neuronas que se disparan juntas, se conectan), la activación en una situación determinada de un determinado conjunto de neuronas (y por consiguiente una determinada configuración del organismo en su conjunto) hace más probable que tales neuronas se activen juntas al activarse algunas de ellas, probabilidad que crece cuanto más se repite esta activación conjunta. Este aumento de la probabilidad de activación es el primer mecanismo de nuestra memoria, es preverbal y no consciente y se corresponde con lo que se llama memoria implícita, que es la que hace que “recordemos” – con todo el cuerpo, no como resultado de la activación de ningún “recuerdo” archivado en ningún almacén - cómo andar, nadar o montar en bicicleta, pero también, como veremos, los esquemas o modelos mentales desde los que afrontamos las relaciones con los otros y con nosotros mismos, y lo que observamos en fenómenos como lo que llamamos transferencia en psicoterapia. La memoria explícita (en sus vertientes semántica o factual y episódica o autobiográfica), que se ha considerado muchas veces como la memoria por excelencia y ha sido la base sobre la que se han articulado las teorías sobre esta función psicológica, es de adquisición más tardía en el desarrollo del individuo y se construye sobre la base de la memoria implícita(7;9).

La teoría del apego y la “neurobiología relacional”

Lo que, para los efectos que aquí nos ocupan viene a sustentar, sobre una importante base experimental, la teoría del apego (10-14), es que:

- Los seres humanos, como otros ani-

males superiores, para asegurar su supervivencia y su desarrollo normal necesitan establecer inmediatamente después del nacimiento unas relaciones especiales con unos adultos que actúan para ellos como cuidadores, proporcionándoles una base segura desde la que explorar el mundo. La ausencia absoluta de estas relaciones es incompatible con la supervivencia y sus formas subóptimas afectan al desarrollo.

- Además de garantizar la supervivencia, el modo en el que se experimentan las relaciones de apego durante los primeros años de la vida configura los modelos mentales del mundo que conformarán las ideas de ese individuo con los otros, como acercarse a ellos y como cabe esperar que respondan, y de uno mismo, que establece el grado de aceptación que uno mismo puede esperar por parte de los otros.

- La calidad de las relaciones de apego puede clasificarse en una serie de categorías o puntos de un continuum que permiten distinguir entre las formas de apego seguro y las varias modalidades de apego inseguro (evitador, ansioso o desorganizado) en las que el niño desarrollará unos modelos que son adaptativos a las condiciones subóptimas en las que se desarrolla.

- En muy buena medida (85%) es posible predecir el tipo de apego que un niño desarrollará con un cuidador primario a partir de un análisis de la capacidad éste de articular un discurso coherente sobre sus propias relaciones de apego, a la que se conoce como capacidad reflexiva o de mentalización(15-17). De este modo se produce lo que se conoce como transmisión transgeneracional del apego.

- Esta capacidad reflexiva del adulto

es un factor de protección que atenúa el impacto de las experiencias adversas. Si bien su logro está condicionado por las experiencias infantiles de apego, puede adquirirse como resultado de experiencias posteriores (entre las que se encuentra la psicoterapia, cuyo objetivo intermedio podría definirse en esos términos)(15;18;19).

Los estudios sobre el desarrollo que se han llevado a cabo en los últimos años del siglo XX y primeros del XXI han permitido vincular estos conocimientos fundados en la observación del comportamiento con otros emanados de la investigación neurobiológica y que, para nuestro propósito podríamos resumir como sigue:

- Un elemento clave en la relación de apego es el establecimiento de lo que Daniel Stern (20-23) llama una sintonía entre el cuidador y el bebé, esto es un doble proceso de resonancia emocional y comunicación que nos permite sentir que sentimos algo próximo a lo que siente otro, y acordar con el otro que estamos compartiendo una experiencia, lo que requiere compartir, en un momento dado, el foco de atención, las intenciones y los estados emocionales.
- Stern(20-24) señala que para que esta sintonía se produzca no basta la imitación sino que es necesaria una sintonía de modalidades cruzadas (*cross modal*) (De modo que la madre, por ejemplo, refleja con la voz los movimientos del cuerpo del niño)
- Todo esto se produce desde antes de la aparición del lenguaje, y las primeras experiencias del niño se registran en el cuerpo(5;20-23). Bowlby señaló como la proximidad de la figura de apego sirve para regular las funciones corporales y la calidad de

apego conforma el modo en el que el niño responde corporalmente a la experiencia(13).

- Allan Schore ha puesto de relieve el papel de esta sintonía en la regulación del afecto y, en base a sus investigaciones, sostiene que “el núcleo del self descansa en los pautas de regulación afectiva”(25-27). Así, afirma taxativamente que el desarrollo neurológico, como el psicológico, de la primera infancia se articula sobre la capacidad de sintonía de las figuras de apego: “no es sólo que el cerebro del bebe sea afectado por esa interacción; es que requiere literalmente de la interacción cerebro/cerebro y ocurre en el contexto de un relación positiva entre la madre y el niño”.
- Siegel(7) concluye que el desarrollo del cerebro después del nacimiento depende de “cómo la maduración biológicamente programada del sistema nervioso es conformada por la experiencia interpersonal”. Y esta experiencia ocurre en el marco de la relación de apego. Siegel recuerda que la experiencia se corresponde a nivel neuronal con patrones en la activación del disparo neuronal. Y estos patrones de disparo establecen conexiones sinápticas que determinan la estructura y funcionamiento del sistema nervioso central (y del organismo en su conjunto) de acuerdo con el ya citado axioma de Donald Hebb(8), que afirma que las neuronas que se disparan juntas se conectan (“*neurons that fire together wire together*”). De este modo la experiencia conforma la circuitería cerebral.
- Así las conexiones relacionales se traducen en conexiones neuronales, que influyen, a su vez, sobre la sensibilidad del self a experiencias nuevas.

...no es menor en el trabajo con las escenificaciones (lo que no puede ser puesto en palabras es actuado con el terapeuta) que no son sino manifestaciones en el aquí y ahora de la sesión de los conocimientos implícitos sobre relaciones que pueden basarse en las relaciones tempranas.

Inversamente, la falta de conexiones relacionales puede impedir el desarrollo de conexiones neuronales y limitar la capacidad del niño de sentir emociones.

Hay que decir que, para nuestro modo de ver las cosas, en los textos de los autores citados, en ocasiones se sigue subrayando de un modo excesivo el papel del cerebro, al que se confiere, a veces, no sabemos si en un uso confuso de la sinécdoque, un papel de agencia, como si éste órgano fuera algo más que una parte de la estructura del soma. El origen de la acción es, como señaló Faustino Córdón, siempre el organismo en su conjunto, el cerebro es sólo el lugar donde se concentran una buena cantidad de los somas (y de otros elementos) de las neuronas que coordinan la acción unitaria que define el organismo animal.

Por el momento en que todo esto ocurre, antes del desarrollo del lenguaje, su repercusión sobre la vida adulta se producirá a través de la memoria implícita, por la que (con una expresión tomada de Babette Rothschild(28)) pudiéramos decir que es el cuerpo quien la "recuerda".

Hacia una refundación teórica de la psicoterapia

Una psicoterapia basada en la teoría del apego

En los últimos años se han articulado una serie de propuestas de fundamentar en la teoría del apego y en los hallazgos de la investigación que venimos comentando una moderna teoría de la psicoterapia que permitiría releer desde este nuevo paradigma las propuestas y los modos de actuar de las diferentes escuelas(29-31).

Uno de las propuestas mejor articuladas

para clínicos, la ofrece David Wallin(31) quien dice haber identificado tres hallazgos de la teoría del apego sumamente *fértiles* para la práctica de la psicoterapia: 1) Que las relaciones de apego *co-creadas* son el contexto clave para el desarrollo del niño, 2) Que la experiencia preverbal conforma el núcleo para el desarrollo del self y 3) Que la forma de entender la propia experiencia desde uno mismo (la capacidad reflexiva) predice mejor que la los hechos de la historia personal la conducta de apego.

Desde la consideración de estos tres temas, Wallin propone un modelo de psicoterapia que considera ésta como una relación transformadora en la que 1) la relación de apego entre terapeuta y paciente es fundamental y provee una base segura desde la que explorar, 2) esto constituye el contexto para acceder a las experiencias rechazadas o disociadas que no han sido (o no han podido ser puestas en palabras), de modo que, en ese contexto, terapeuta y paciente hacen sitio a esas experiencias y pueden intentar darles sentido y 3) el acceso la articulación y la reflexión sobre esas experiencias potencia la competencia narrativa(30) del paciente.

Wallin plantea que el paciente que no puede articular estas experiencias rechazadas o disociadas, las evoca en otros, o las escenifica con otros o las corporaliza. Por ello el terapeuta debe estar especialmente atento a su propia experiencia y practicar lo que llama la *visión binocular* (estando atento a la vez a la experiencia del paciente y a la suya propia, con un acento importante en el cuerpo del paciente y el suyo propio)

Además de la teoría del apego, Wallin

recupera algunos conceptos de los psicoterapeutas de la intersubjetividad y de la visión constructivista de la terapia dinámica en general aduciendo que la teoría del apego ha proporcionado a los psicoterapeutas una estructura de base experimental para entender el desarrollo humano como un proceso relacional, pero no es una teoría clínica. Hay dos motivos por los que las teorías intersubjetivas y relacionales pueden ser aceptadas como un complemento de ésta. En primer lugar, si el desarrollo es fundamentalmente un proceso relacional, la psicoterapia debe concebirse en términos relacionales para reconducir la vuelta al desarrollo sano y, además, el papel central de la interacción no verbal en el desarrollo señala que la psicoterapia debe buscar puertas a experiencias pasadas o potenciales que el paciente no puede poner en palabras.

Haciéndose eco de los postulados del Change Process Study Group (liderado por Daniel Stern(20-24)) que se ha dedicado al estudio de los paralelismos entre el desarrollo en la infancia y psicoterapia, Wallin plantea que la relación terapéutica es, ante todo, una relación intersubjetiva en la que el paciente llega a saberse en proceso de ser conocido por otro y que en el contexto de esta relación intersubjetiva cocreada, la comunicación implícita y no verbalizada juega un papel crucial para capacitarlos para reconocer y permitir al paciente visitar los aspectos inconclusos de su desarrollo.

Las dimensiones de la experiencia, la teoría del self y la importancia de lo corporal en el desarrollo y en psicoterapia. Wallin plantea que en cada uno de no-

sotros el conjunto del cuerpo, incluido el cerebro, y la mente interactúan para formar un punto de referencia interno que conocemos como el self y que este self es por un lado la parte del ser humano que experimenta la vida y, por otro, la que le da forma.

En su obra distingue cuatro dominios de esta experiencia de uno mismo. El primero de ellos es el que se conoce como self somático. Wallin enfatiza la necesidad de mantener un foco en él dado que las experiencias del niño se registran en el cuerpo(23;24), que la primera función de las figuras de apego es precisamente regular las funciones corporales y que la calidad de apego conforma el modo en el que el niño responde corporalmente a la experiencia(13). Sobre este primer dominio se articularán los otros tres, el self emocional, que se fundamenta en la experiencia corporal y está también muy ligado al cuerpo; el self representacional que, a su vez, se fundamenta en la experiencia emocional, que nos proporciona cuatro formas de representación que deben ser consideradas en terapia, la corporal, la emocional, la enactiva y la simbólica, con el que se corresponden los modelos de trabajo interno(13), construidos a partir de la experiencia pasada y que nos permiten utilizar esta experiencia pasada para hacer predicciones, y que, gracias a la adquisición de una base segura internalizada, nos permite restablecer el equilibrio emocional a través de un contacto simbólico; y, por fin, el self reflexivo, el que es capaz de entenderse y de entender a los demás como seres dotados de una mente y del que depende la flexibilidad de nuestro comportamiento y nuestra resistencia a la adversidad, y una quin-

Se trata de ayudar a los pacientes a pasar de lo que llamaremos una posición de enclavamiento a una mentalización tanto implícita como explícita.

ta instancia que Wallin propone con el nombre self de la conciencia plena (*mindfulness*), que a diferencia de los anteriores pueden no ser desarrollados en todos los individuos.

Wallin retoma de Christopher Bollas(32) el término "conocido no pensado", y señala su importancia tanto para entender el desarrollo del niño como lo que sucede en la práctica clínica. Ello le lleva a enfatizar la importancia del contexto no verbal en el que se dan los intercambios verbales tanto entre niño y cuidador como entre psicoterapeuta y paciente.

Según su propuesta lo que no puede ser verbalizado puede ser o 1) escenificado – en la relación con el otro – o 2) evocado –en el otro a través de lo que se conocía en la literatura psicoanalítica clásica como identificación proyectiva – o corporizado.

La importancia de la atención al cuerpo parece obvia en el trabajo con lo que ha sido corporizado, e incluye la atención al cuerpo del paciente, al cuerpo del terapeuta y a la relación entre los dos. Pero no es menor en el trabajo con las escenificaciones (lo que no puede ser puesto en palabras es actuado con el terapeuta) que no son sino manifestaciones en el aquí y ahora de la sesión de los conocimientos implícitos sobre relaciones que pueden basarse en las relaciones tempranas. Para trabajar con ellas hay que considerar dos cosas. En primer lugar que el terapeuta dista de ser una mera pantalla en blanco sobre la que se proyecta el mundo interno del paciente. La reacción transferencial del paciente se basa en percepciones selectivas de las características del terapeuta pero se refiere a características

que están presentes en él. Cuando ocurre una escenificación es porque el terapeuta ha ofrecido una "percha" de la que colgarla. En segundo lugar, hay que tener en cuenta que para acceder a lo que los pacientes no pueden poner en palabras, debemos sintonizar con nuestra propia experiencia subjetiva. Y, tanto para localizar la primera como para detectar la segunda, aparece de nuevo, la necesidad de atención al cuerpo del terapeuta.

Y lo mismo sucede con el trabajo con las evocaciones, esas situaciones en las que el paciente provoca en nosotros determinados sentimientos, y en las que el término identificación proyectiva con el que se han descrito históricamente parece querer ocultar su carácter bidireccional, el hecho de que para que se produzcan, el terapeuta tiene que haber proporcionado como en el caso de las escenificaciones una "percha" de la que colgarlas. Después de haber tomado conciencia de ello, a veces hay que compartir lo que creemos que el paciente ha evocado en nosotros (poner nuestra propia experiencia en palabras), otras veces podemos usarlo sin compartirlo para lograr una mejor comprensión y, por fin, otras, resultará que lo que el paciente necesita es vernos afrontar a nosotros experiencias que para él resultan insostenibles. Ya Frieda Fromm-Reichmann decía que el paciente necesita una experiencia, no una explicación.

La posición del self en psicoterapia. Enclavamiento versus mentalización

Main(16;33), Fonagy(15;18;19) y otros han confirmado que la capacidad de reflejar coherentemente la propia experiencia - en lugar de quedar enclava-

do o disociado de ella – es un marcador tanto de nuestra propia seguridad como de nuestra capacidad de criar niños (Y quizás pacientes) seguros. Esta posición “reflexiva” o “mentalizadora” se manifiesta en una relación coherente de la experiencia que revela un self coherente. O sea un self que da sentido a la experiencia en lugar de enredarse en inconsistencias y que se articula como un todo integrado más que estar fracturado por disociaciones y rechazos. Nuestra tarea como terapeutas es crear una relación con los pacientes que les permita dar sentido a su experiencia, para sentirse más integrado y relacionarse con los otros con más profundidad y más satisfacción. Para ello es central la actitud mentalizadora

Se trata de ayudar a los pacientes a pasar de lo que llamaremos una posición de enclavamiento a una mentalización tanto implícita como explícita. Decimos que estamos enclavados en una experiencia en la medida en la que somos esa experiencia mientras dura. Las sensaciones somáticas, sentimientos y representaciones mentales que deberían darnos información sobre la realidad pasan a ser la realidad misma. Sólo hay una forma de ver la realidad. Esto complica la tarea de regular las emociones y hacer un uso útil de ellas. Se nos hace difícil distinguir entre los acontecimientos externos y nuestro estado interno. Es un estado que se corresponde con lo que Fonagy llama modo de equivalencia psíquica. En esta situación no tenemos ni el incentivo ni el estado mental para pensar en nuestra experiencia porque no existe el sentido del carácter subjetivo más que objetivo de la misma y porque las emociones no moduladas e impiden el pensamiento. De este modo

se hace imposible responder implícitamente a las experiencias (propias o ajenas) a la luz de los estados mentales. Funcionamos en piloto automático.

Por el contrario, la mentalización, la capacidad reflexiva, crea el potencial para la flexibilidad afectiva, cognitiva y comportamental porque nos permite aceptar la existencia de múltiples perspectivas en una misma experiencia (Y, por tanto, la desautomatización). Ello nos permite modular nuestros afectos.

Desde este punto de vista podríamos pensar que lo que las diversas escuelas psicoterapéuticas han ofrecido a sus pacientes ha sido distintos modos de fomentar la capacidad reflexiva

Algunos conceptos revisitados

Algunos de los conceptos clave de las teorías psicoterapéuticas clásicas han cobrado nuevo significado a la luz de esta nueva visión. Así ha sucedido por ejemplo con el concepto de transferencia. En primer lugar el fenómeno ya observado por Freud puede explicarse por la activación de patrones de respuesta que se corresponden con los estados del organismo que desencadenaron situaciones que guardan alguna semejanza con la actual según lo que nos han mostrado Hebb(8), Damasio(5) o los teóricos de la neurobiología relacional(7;9). Y lo que ocurre con el terapeuta es ni más ni menos, que la manifestación con el terapeuta de lo que ocurre generalmente en la relación con los otros. Por otra parte, en la concepción original de la transferencia, ésta estaba exclusivamente determinada por la historia y no tenía relación con la presencia real del terapeuta que actuaba como una pantalla en blan-

En la relación terapéutica la sintonía empática con el paciente depende en buena medida de nuestra capacidad de leer las señales no verbales del paciente y de responder tanto verbal como no verbalmente a ellas

co. Desde una perspectiva relacional la transferencia no es vista como una distorsión sino más bien como un especie de rigidez que se refleja en el hecho de que entre todas las interpretaciones creíbles del comportamiento del terapeuta el paciente se adhiera sólo a una. Hay una atención selectiva y especial sensibilidad (pero que se dirige a aspectos reales del terapeuta). Como consecuencia técnica lo mejor es empezar por reconocer lo que hay de plausible (o acertado) en la percepción del paciente. Esto es esencial para que el paciente pueda confiar en que el terapeuta está abierto a sus pensamientos y sentimientos. El terapeuta puede preguntarse en voz alta qué es lo que ha llevado al paciente a esa interpretación y puede animar al paciente a que desarrolle sus conjeturas sobre la experiencia que el terapeuta tiene del paciente. En otras palabras, para entrar en la transferencia del paciente puede ser necesario oír sus ideas sobre nuestra contratransferencia. Por último se puede escuchar sus comentarios sobre aspectos extratransferenciales (menos difíciles de compartir) como metáforas de la experiencia de transferencia.

Otro tanto ocurre con la contratransferencia. Clásicamente se concebía como un impedimento ocasional y esporádico procedente de la vida psíquica del terapeuta. En el nuevo paradigma es una manifestación viva de la relación con el paciente y otra "vía regia al inconsciente". Técnicamente justifica el uso juicioso de la autorrevelación de la transferencia

Respecto a la resistencia, tradicionalmente se concibe desde un punto de vista exclusivamente intrapsíquico, como resultado de que algo, en la psique del

paciente, debe ser apartado de la conciencia. En el nuevo paradigma tiene también un significado interpersonal. Tiene que ver con la colusión entre paciente y terapeuta para asegurar que nada nuevo o amenazante va a ocurrir. El comportamiento del paciente debe verse también como una respuesta a la calidad de la sintonía (o falta de sintonía) por parte del terapeuta. La resistencia se concibe como comunicación (sobre aspectos de la experiencia del paciente que son difíciles de poner en palabras).

Por último, la neutralidad tradicionalmente consistía en la ausencia de interés por parte del terapeuta en uno u otro resultado, la abstención de hacer influir en el paciente la personalidad, los valores o la teoría del terapeuta. En el nuevo paradigma esta visión se considera o un ideal inalcanzable, o una ilusión o algo directamente indeseable porque priva de la subjetividad del terapeuta como un instrumento valioso. Se asume que ni el paciente ni el terapeuta pueden ser objetivos y que la neutralidad debe traducirse en el esfuerzo compartido por trabajar juntos sobre las resistencias *interpersonales*.

Lo no verbal en la talking cure

En la psicoterapia orientada por el apego el objetivo es generar con el paciente una relación que sea más sintónica, inclusiva y colaboradora que las que él conforma habitualmente. Por muchos motivos esto requiere un foco en el subtexto no verbal del diálogo terapéutico. La cuestión no es si participamos en las escenificaciones transferenciales/contratransferenciales (lo que es inevitable) sino cómo lo hacemos. Se trata de estar atentos a nuestra propia contribución la

interacción. Esta atención potencia intervenciones intuitivas que incrementan el sentimiento de sintonía y colaboración.

En la relación de apego temprana la sensibilidad del cuidador depende de su capacidad para leer adecuadamente las señales no verbales del comunicador, también no verbalmente, respuestas contingentes

En la relación terapéutica la sintonía empática con el paciente depende en buena medida de nuestra capacidad de leer las señales no verbales del paciente y de responder tanto verbal como no verbalmente a ellas lo que permite al paciente sentir que sus estados mentales son no sólo entendidos sino también sentidos por el terapeuta.

Esta capacidad es fundamental en el trabajo con las escenificaciones y las evocaciones, que, en esta perspectiva distan de ser fenómenos que ocurren ocasionalmente en la terapia y que pueden llegar a constituir el centro de la atención en el proceso psicoterapéutico.

Originalmente, los niños aprenden sobre el significado emocional de las sensaciones corporales a través del comportamiento corporal sintónico (tacto, mirada, expresión facial, tono de voz...) de los padres. Los pacientes a los que les faltó esa sensibilidad sintónica, sobre todo si tuvieron experiencias traumáticas, tienen una capacidad limitada de regular las emociones. En la medida en la que experimentan sus emociones sólo como sensaciones corporales o síntomas físicos son sus cuerpos más que sus mentes los que llevan la cuenta de ellas(34). En su mundo de los sentimientos son hechos porque son realida-

des físicas. En esa medida pueden ser desbordantes o pueden ser negados, pero no ser objeto de reflexión.

Para estos pacientes es fundamental incluir un foco en la experiencia corporal que permita traducir ésta a sentimientos y haga posible la regulación interactiva de la emoción que capacita al paciente para experimentar al terapeuta como una nueva figura de apego.

Recíprocamente, la confianza del paciente en el terapeuta como base segura, permitirá profundizar la exploración de su experiencia corporal.

Cuando, de este modo, los sentimientos pueden ser reconocidos como comunicaciones acerca de la experiencia (Como símbolos interpretables, más que como hechos inmutables) se abre la puerta a la mentalización, el insight la empatía y la libertad interna.

Además esta forma de trabajar puede facilitar la interacción de experiencias que las relaciones originales de apego del paciente no pudieron acomodar pero son recordadas por el cuerpo(28).

Dirección de Contacto

Alberto Fernández Liria

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

(Servicio de Psiquiatría)

Carretera de Meco sn

28805 Alcalá de Henares(Madrid)

afliria@gmail.com

Bibliografía

- 1 Reich W. *Der triebhafte Charakter : Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ich* (Trad Cast: Análisis del carácter, 3ª edición. Buenos Aires: Paidós, 1972). 1925.
- 2 Reich W. *Die Funktion des Orgasmus : Zur Psychopathologie und zur Soziologie des Geschlechtslebens* (Trad Cast: La función del orgasmo, Buenos Aires: Paidós, 1991). 1927.
- 3 Perls F. *Te gestalt approach & eye witness to therapy* (trad cast: El enfoque gestáltico & testimonios de terapia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 1976). Palo Alto (California): Science & Behavior Books; 1973.
- 4 Gendlin ET. *Focusing-oriented psychotherapy* (trad cast: El focusing en psicoterapia. Barcelona: Paidós, 1999). New York: 1996.
- 5 Damasio A. *Descartes' error: emotions, reason and the human brain* (Trad cast: El error de Descartes. Barcelona: Crítica, 1996). New York: Grosset/Putnam; 1994.
- 6 Damasio A. *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain* (trad cast: En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos. Barcelona: Crítica, 2005). New York: Harvest Books; 2003.
- 7 Siegel DJ. *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience* (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclee, 2007). New York: Guilford; 1999.
- 8 Hebb DO. *The organization of behavior: a neuropsychological theory*. New York: Wiley; 1949
- 9 Siegel D. *Memory: An Overview, With Emphasis on Developmental, Interpersonal, and Neurobiological Aspects*. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(9).
- 10 Bowlby J. *Attachment and loss: volume 1. attachment*. (Trad cast: El apego y la pérdida - 1. El apego. Barcelona: Paidós, 1998). New York: Basic Books; 1969.
- 11 Bowlby J. *Attachment and loss: volume 2. separation*. (Trad cast: El apego y la pérdida - 2. La separación. Barcelona: Paidós, 1985). New York: Basic Books; 1973.
- 12 Bowlby J. *Attachment and loss: volume 3. loss*. (Trad cast: El apego y la pérdida - 3. La pérdida. Barcelona: Paidós, 1993). New York: Basic Books; 1980.
- 13 Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds* (Trad cast: Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida, Madrid: Morata, 1986). London: Tavistock; 1979.
- 14 Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. New York: Guilford; 1999.
- 15 Fonagy P, Gergely G, JE, Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press; 2004.
- 16 Main M, Kaplan N, Cassidy J. *Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation*. Monographs of the Society for Research in Child Development 1985;50(1-2):66-104.
- 17 Hesse E. *The Adult Attachment Interview. Historical and current perspectives*. Handbook of attachment; theory, research and clinical applications. New York: Cassidy J and Shaver PR; 1999. p. 395-433.
- 18 Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for the borderline personality disorder; mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 19 Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment for the borderline personality disorder; a practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 20 Stern D. *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy* (Trad cast: La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós, 1997). New York: Basic Books; 1995.
- 21 Stern D. *Diary of a baby* (trad cast: diario de un bebé. Barcelona: Paidós, 1999). New York: 1990.
- 22 Stern D. *The birth of a mother* (Trad cast: El nacimiento de una madre. Barcelona: Paidós, 1999). New York: Basic Books; 1999.
- 23 Stern D. *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton; 2004.
- 24 Stern D. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology* (Trad cast: El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Paidós: Buenos Aires, 1985). New York: Basic Books; 1985.
- 25 Schore AN. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale (NJ): Erlbaum; 1994.
- 26 Schore AN. *Affect dysregulation and disorders of the Self*. New York: Norton; 2003.
- 27 Schore AN. *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton; 2003.
- 28 Rothschild B. *The body remembers; the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton; 2000.
- 29 Fonagy P. *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press; 2001.
- 30 Holmes J. *The search for the secure base: attachment theory and psychotherapy*. Hove: Brunner-Routledge; 2001.
- 31 Wallin DJ. *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford Press; 2007.
- 32 Bollas C. *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia University Press; 1987.
- 33 Main M. *Attachment theory: eighteen points with suggestions for future studies*. In: Ciompi L, Shaver PR, editors. New York: Guilford; 1999. p. 845-87.
- 34 Van der Kolk BA. *The body keeps the score: approaches to the neurobiology of post-traumatic stress disorder*. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaech L, editors. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience in mind, body and society*. New York: Guilford; 1996. p. 214-41.