David J. Wallin

EL APEGO
en psicoterapia



biblioteca de psicología

DESCLÉE DE BROUWER

DAVID J. WALLIN

EL APEGO EN PSICOTERAPIA

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Título de la edición original:
ATTACHMENT IN PSYCHOTHERAPY
© 2007, The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.
72 Spring Street, New York, NY 10012 USA

Traducción: Marta Pino Moreno

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2012
Henao, 6 – 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.
Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3594-3
Realización epub: produccioneditorial.com

Para Gina, Anya y Gabriel.

¡Sólo construir el puente! Ese era todo el sermón. Sólo construir un puente entre la prosa y la pasión y ambas resurgirían y el amor humano brillaría en su cima. No más vida fragmentaria. Sólo construir el puente y la bestia y el monje, alejados del aislamiento que les da vida, morirían.

E. M. Forster (1910/1999)1*

El ser reflexivo, en virtud de su repliegue sobre sí mismo,se hace bruscamente susceptible de desarrollarse en una nueva esfera. En realidad, es otro mundo el que nace.

Pierre Teilhard de Chardin (1959)

1 * Forster, E. M. *La Mansión* (*Howards End*). Traducción de Eduardo Mendoza, Madrid: Alianza Editorial, 1981, p. 222.

Sobre el autor

El doctor David J. Wallin es un psicólogo clínico que ejerce la medicina privada en Mill Valley y Albany, California. Licenciado por el Harvard College y doctor por el Wright Institute de Berkeley, California, lleva casi tres décadas ejerciendo, enseñando y divulgando la psicoterapia. El Dr. Wallin es coautor (junto con Stephen Goldbart) de *Mapping the terrain of the heart: passion, tenderness and the capacity to love*.

Prólogo

Una única pregunta puso en marcha la odisea que generó este libro: *¿De qué manera la psicoterapia facilita el cambio en los pacientes?*

Durante más de tres décadas, por motivos tanto personales como profesionales, esta pregunta me ha suscitado una profunda curiosidad. Cuando tuve que elegir un tema de tesis en el marco de mis estudios de posgrado, decidí tratar de resolver este misterio observando qué hacían los maestros clínicos con sus pacientes. Años más tarde supe que los investigadores del apego habían adoptado un enfoque parecido al observar cómo trataban a sus hijos los padres receptivos y sensibles.

Como «lo que hacen los buenos terapeutas con sus pacientes es análogo a lo que hacen aquellos padres que educan a sus hijos de manera satisfactoria» (Holmes, 2001, p. xi), los estudios de los vínculos que facilitan el desarrollo de la infancia deberían enseñarnos muchas cosas sobre el tipo de relaciones terapéuticas que con mayor eficacia fomentan el cambio. Del mismo modo, la investigación de las consecuencias de un desarrollo fallido debería ofrecernos una base científica para comprender el sufrimiento y las vulnerabilidades que impulsan a nuestros pacientes a hacer terapia.

Pero ¿cuáles son exactamente las consecuencias clínicas de la investigación y de qué manera pueden contribuir a que nuestro trabajo terapéutico sea más eficaz?

Que la respuesta a esas preguntas haya tardado tanto en llegar se explica parcialmente por un accidente histórico. A medida que Bowly se fue convenciendo de que son los vínculos auténticos de la primera infancia –no nuestras fantasías internas sobre ellos– los que en esencia nos forman, el que llegaría a ser el padre de la teoría del apego se vio cada vez más enfrentado con sus colegas psicoanalíticos. Al situar el apego (antes que los impulsos sexuales o agresivos) en el centro del desarrollo humano, el establishment analítico de la época lo marginó. En consecuencia, la teoría del apego pasó a ser propiedad intelectual de los investigadores académicos más que de los psicoterapeutas. Así pues, se dio la paradoja de que mientras Bowlby dedicaba la mayor parte de su tiempo a tratar pacientes, sus teorías –formuladas inicialmente para aumentar la eficacia del tratamiento– eran probadas y desarrolladas por los investigadores, que en su mayoría no ejercían ninguna labor clínica.

Tales investigadores aportaron rigor empírico al estudio de los vínculos humanos más íntimos y generaron, de este modo, un acervo de conocimientos sobre las relaciones entre padres e hijos, sobre el mundo interno y la psicopatología, que han erigido la teoría del apego en el paradigma dominante de la psicología del desarrollo contemporánea. Ningún otro marco de investigación nos arroja más luz sobre cómo llegamos a ser quienes somos. No obstante,

hasta hace poco los terapeutas tenían que sacar sus propias conclusiones sobre la aplicación de la teoría. Por lo tanto, se ha visto frustrada la proyección clínica de la teoría del apego.

En este libro pretendo contribuir a que dicha proyección sea una realidad. A partir de la neurobiología, la ciencia del conocimiento, el estudio de los traumas y la psicología budista, así como la teoría del apego y el psicoanálisis relacional, intento trasmitir de qué manera se pueden poner en práctica los tres hallazgos fundamentales de la teoría del apego en la labor terapéutica. En consecuencia, presto especial atención al vínculo terapéutico como crisol del desarrollo, la centralidad de la dimensión no verbal y la influencia transformadora de la reflexión y la atención plena.

El proyecto inicial, concebido hace tres años, preveía que la redacción del libro fuera un proceso rápido. Había impartido clases sobre el apego y la psicoterapia desde mediados de la década de los noventa y esperaba recopilar el núcleo de esas enseñanzas en un libro que requeriría, a lo sumo, entre seis y nueve meses de trabajo. Sin embargo, el plan de transposición resultó ser un proceso de descubrimiento mucho más largo y gratificante de lo que había imaginado. Espero que los siguientes capítulos reflejen los resultados de ese proceso de tal manera tal que usted, como lector, pueda aprovechar mis experiencias de descubrimiento.

Agradecimientos

Una vez finalizada la redacción del libro, resulta muy gratificante dar las gracias a todos los que la hicieron posible.

Desde el principio intervinieron Nancy Kaplan, la persona que me inició en la teoría del apego; Owen Renik, que me alentó a arriesgar y a tender puentes entre la teoría del apego y la práctica clínica; y Karlen Lyons-Ruth, con cuyo apoyo empecé a sintetizar la investigación del desarrollo y la psicoterapia relacional. Phillip Shaver me brindó su perspicacia y su experiencia con una generosidad extraordinaria. Cuando supe que Phil había presentado la teoría del apego al Dalai Lama, lo llamé de inmediato y descubrí que también él sentía curiosidad por la utilidad terapéutica de la asociación del apego con la atención plena. Agradezco a Erik Hesse y a Mary Main la atención que me dedicaron en Berkeley, así como sus amables sugerencias y su apoyo. Al otro lado del Atlántico, Peter Fonagy siempre ha mostrado una actitud muy receptiva. Conversar con él sobre sus ideas y las mías ha sido un proceso enormemente útil y placentero.

Quisiera dar también las gracias a Cindy Hyden por su inestimables aportaciones al texto del libro, así como por su sabio asesoramiento. Desde la propuesta inicial del libro hasta el final del proyecto encontré en ella un firme apoyo. Y siento especial gratitud por Jim Nageotte, de The Guilford Press, que desde el comienzo reconoció el potencial del libro e hizo importantes aportaciones a la sustancia y la forma del proyecto.

Entre los numerosos amigos, familiares y colegas que leyeron partes de este libro, analizaron su contenido y/o respaldaron al autor, quiero mencionar a Stephen Seligman, Richard Tarnas, Michael Blumlein, Lloyd y Catherine Kamins, Stephen Goldbart, Freda Wallin, Michael Wallin, Laurie Cohen, David Shaddock, Michael Guy Thompson, Diana Fosha, Judy Pickles, Lynnette Beall, Barbara Holifield, Jules Burstein, Johanne Busch, Ava Charney-Danysh, Sara Fisher, Michael Gray, Linda Hendricks y Horacio Miller. Vaya también mi agradecimiento para Bob Cassidy, que me ayudó a formular las ideas e inadvertidamente contribuyó a forjar este libro. Y gracias en especial a Linda Graham por las conversaciones durante el almuerzo, siempre instructivas y con frecuencia inspiradoras.

Debo mucho a mis pacientes, sobre todo a los que permitieron presentar en este libro nuestra experiencia compartida. Gracias a que me abrieron la puerta de su vida, su corazón y su mente, no sólo aprendí a ser más útil como terapeuta sino a conocerme mejor.

Agradezco las aportaciones excepcionalmente valiosas de Alice Jones a mi vida personal, profesional y creativa.

Por último, y ante todo, quiero dar las gracias –nunca suficientes– a mi mujer, Gina, y a mis

hijos, Anya y Gabriel, que con su amor y su paciencia (casi) inagotable y, sí, su sacrificio, me han permitido escribir. Aparte de tales cualidades, la inteligencia, la sensibilidad y la sagacidad clínica han hecho de Gina una compañera de una extraordinaria perspicacia –y una valiosa colaboradora– a la hora de definir las ideas que componen este libro.

1 El apego y el cambio

[...] el papel del terapeuta es análogo al de una madre que ofrece a su hijo una base segura desde la que podrá explorar el mundo.

John Bowlby (1988, p. 140)

En el mundo según Bowlby, el centro de nuestra vida, de la cuna a la tumba, está en los íntimos apegos. Aunque son sobre todo los primeros vínculos los que determinan nuestra actitud hacia tales apegos, también somos maleables. Si nuestros primeros vínculos han sido problemáticos, las relaciones posteriores pueden ofrecernos otra oportunidad, y quizá el potencial de amar, sentir y reflexionar con la libertad que surge de un apego seguro. La psicoterapia aporta, idealmente, ese vínculo curativo.

La teoría del apego no dice exactamente qué debemos hacer, como terapeutas, para propiciar que los pacientes superen los límites impuestos por su historia personal. Pero las investigaciones en curso, inspiradas por las ideas iniciales de Bowlby, tienen un enorme valor clínico y nos muestran cada vez con mayor claridad el desarrollo del yo en un contexto relacional.

Con el fin de aprovechar la fuerza de esta investigación, he identificado tres hallazgos que parecen tener consecuencias profundas y fértiles para la psicoterapia: primero, que los *vínculos de apego* establecidos por las dos partes son el contexto clave para el desarrollo; segundo, que la *experiencia preverbal* constituye el núcleo del yo en desarrollo; y tercero, que *la postura del yo respecto de la experiencia* predice mejor la seguridad del apego que

los propios hechos de la historia personal.

Para extraer las consecuencias clínicas de tales conclusiones básicas recurro, por supuesto, a la bibliografía del apego. Pero también voy más allá, y no sólo echo mano de la teoría intersubjetiva y relacional sino también de la neurociencia afectiva –lo que Allan Schore (2004) denomina «la neurobiología del apego»–, la ciencia cognitiva, los estudios sobre el trauma y las exploraciones de la conciencia. En el presente capítulo se analizan los tres hallazgos esenciales relacionados con la centralidad de los vínculos de apego, la experiencia verbal y la función reflexiva en lo tocante al desarrollo. Y se sintetizan las conclusiones clínicas en un modelo de psicoterapia que conlleva *la transformación del yo a través del vínculo*. Mi objetivo es trasmitir el enfoque terapéutico emocional –la filosofía clínica basada en el análisis de las investigaciones, la teoría y la experiencia personal– que subyace a los diversos métodos que sigo para ayudar a mis pacientes.

Como explicaré más adelante, el modelo psicoterapéutico propuesto, concebido como transformación a través del vínculo, describe una trayectoria paralela al desarrollo de la historia de la teoría del apego en sí. Bowlby (1969/1982) partió del reconocimiento de que el apego es un imperativo biológico que tiene sus orígenes en la necesidad evolutiva: el vínculo de apego con el cuidador o los cuidadores es de vital importancia para la supervivencia y el desarrollo físico y emocional del bebé. Dada la necesidad de apego, el bebé debe adaptarse al cuidador y excluir defensivamente cualquier conducta que amenace el vínculo de apego. Las investigaciones de Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978) pusieron de manifiesto que lo que determina la seguridad o inseguridad del bebé –y su actitud ante sus propios sentimientos– es la calidad de la comunicación *no verbal* en el vínculo de apego. Los trabajos de Mary Main (Main, Kaplan y Cassidy, 1985) arrojaron luz sobre la manera en la que esas interacciones no verbales tempranas, de origen biológico, se registran en el bebé como representaciones mentales y normas para procesar la información e influyen, a su vez, en el grado de libertad con el que después el niño, el adolescente y el adulto es capaz de pensar, sentir, recordar y actuar. Por último, Main (1991) y Peter Fonagy (Fonagy, Steele y Steele, 1991a) recalcaron la importancia fundamental de la postura del yo en relación con su propia experiencia. Demostraron que la seguridad del apego, la resiliencia y la capacidad de infundir seguridad en los hijos guardan relación con la aptitud del individuo para adoptar una postura reflexiva ante la experiencia. Así, desde Bowlby hasta Ainsworth, Main y Fonagy, el proceso narrativo de la teoría del apego se ha centrado en los vínculos íntimos, el ámbito no verbal y la relación del yo con la experiencia.

Estos tres temas organizan el modelo de la terapia como transformación mediante el vínculo. Según dicho modelo, el vínculo de apego del paciente con el terapeuta es fundacional y primario. Ofrece una base segura que facilita la exploración, el desarrollo y el cambio. Tal sensación de seguridad surge de la eficacia del terapeuta para contribuir a que el paciente tolere, module y comunique sentimientos difíciles. En virtud de la seguridad generada por esas interacciones reguladoras del afecto, el vínculo terapéutico puede ofrecer un contexto para acceder a experiencias negadas o disociadas dentro del paciente que no han sido –y que quizá no pueden ser– puestas en palabras. El vínculo es también un contexto dentro del cual el terapeuta y el paciente, habiendo hecho sitio para esas experiencias, pueden intentar interpretarlas. El acceso a los sentimientos, pensamientos e impulsos disociados y no verbalizados, el intento de expresarlos y reflexionar sobre ellos, fortalece la «competencia

narrativa» del paciente (Holmes, 1996) y contribuye a orientar en una dirección más reflexiva su actitud ante la experiencia. En términos generales, el *proceso relacional/emocional/reflexivo* que está en el núcleo de toda terapia centrada en el apego facilita la integración de la experiencia negada y fomenta en el paciente un sentido del yo más coherente y seguro.

Vínculos transformadores

Así como el vínculo inicial de apego permitía el desarrollo del niño, es en última instancia el *nuevo* vínculo de apego con el terapeuta el que propicia el cambio en el paciente. Parafraseando a Bowlby (1988), ese vínculo ofrece una base segura para que el paciente se arriesgue a sentir lo que supuestamente no debe sentir y a saber lo que supuestamente no debe saber. En ese punto el papel del terapeuta consiste en contribuir a que el paciente desmonte los modelos de apego del pasado y construya otros nuevos para el presente. Como hemos visto, los modelos adoptados en nuestros primeros vínculos se reflejan después no sólo en nuestra manera de relacionarnos con los demás sino en nuestros hábitos a la hora de sentir y pensar. De la misma manera, el vínculo del paciente con el terapeuta tiene el potencial de generar nuevos modelos de regulación afectiva y de pensamiento, así como de apego. Dicho de otro modo, el vínculo terapéutico es un crisol del desarrollo, dentro del cual puede transformarse de manera radical el vínculo del paciente con su propia realidad interna y externa.

Lo sabido impensado

Dadas las raíces prelingüísticas de los modelos iniciales de apego del paciente, y las negaciones y disociaciones que exigen dichos modelos, el terapeuta debe sintonizar con las expresiones no verbales de la experiencia para las que el paciente todavía carece de palabras. Es decir, el terapeuta tiene que encontrar la manera de conectar con lo que Christopher Bollas (1987) ha denominado lo «sabido impensado» del paciente. Para comprender el subtexto inexpresado (o impensable) de la conversación terapéutica se requiere lo que varios escritores (Bateson, 1979; Bion, 1959) han denominado «visión binocular» del clínico, que atiende tanto a la subjetividad del paciente como a la del terapeuta. Tal razonamiento se basa en el supuesto de que el paciente que no puede (o no quiere) expresar su propia experiencia disociada o negada la *evoca* en los demás, la *representa* con los demás o la *corporiza*. La consecuencia clínica es que el terapeuta debe prestar especial atención a su propia experiencia subjetiva, a las representaciones de la transferencia y contratransferencia creadas por el paciente y el terapeuta, y al lenguaje no verbal de la emoción y el cuerpo, porque todas ésas son rutas para alcanzar y finalmente integrar lo que el paciente ha tenido que negar o rechazar.

La postura hacia la experiencia: representación, reflexión y atención

Junto con el énfasis en la centralidad de la experiencia relacional y no verbal, el estudio del apego pone de relieve la importancia de la función reflexiva y de la metacognición. En términos más generales, ese estudio revela el impacto decisivo de la postura del yo ante su

propia experiencia.

El apego seguro se asocia claramente con una actitud reflexiva ante la experiencia. En la descripción de Main (1991), dicha postura se fundamenta en la capacidad metacognitiva de reconocer la «naturaleza meramente representativa» de nuestros propios sentimientos y creencias (p. 128). Desde tal perspectiva podemos distanciarnos de la «realidad» inmediata de la experiencia y reaccionar en función de los estados mentales subyacentes; en la terminología de Fonagy, podemos «mentalizar». Si disponemos de una mayor libertad para mentalizar, es menos probable que nos veamos ineludiblemente atrapados por los reflejos emocionales establecidos en el transcurso de nuestros primeros vínculos. Como han revelado las investigaciones basadas en la Entrevista de Apego Adulto de Main, la postura reflexiva difiere totalmente de la que adoptan los individuos inseguros que tienden a minimizar y a negar el impacto (en el estado de ánimo negador) o a sentirse abrumados por él (en el estado anímico preocupado). Por lo general, cuanto más podamos movilizar la postura reflexiva, más resilientes seremos y menos nos costará infundir seguridad en nuestros hijos.

Del mismo modo, para infundir seguridad en los pacientes debemos cultivar personalmente esa capacidad de reflexionar con profundidad psicológica. Y, por supuesto, debemos alimentarla en quienes recurren a nosotros en busca de ayuda. En nuestra labor terapéutica, el afán de fomentar o desinhibir las aptitudes mentalizadoras de nuestros pacientes forma parte esencial de la ayuda que prestamos. Al posibilitar que los pacientes mentalicen, fortalecemos su capacidad de regular sus afectos, de integrar experiencias que han sido disociadas y de tener un sentido más sólido y coherente del yo.

Más allá de la capacidad de adoptar una postura reflexiva ante la experiencia interna y externa, a mi modo de ver existe el potencial de asumir una actitud más «profunda» y, en algunos aspectos, más cercana de nuestro centro subjetivo. Me refiero a la postura que conlleva una atención deliberadamente acrítica de la experiencia en el momento presente: es decir, una postura de «atención plena» (Germer, Siegel y Fulton, 2005; Kabat-Zinn, 2005). Aunque la atención plena no forma parte del vocabulario del apego, ese constructo de la psicología budista parece una consecuencia natural de la teoría y la investigación del apego. Según me comentó Phillip Shaver, coeditor del *Handbook of attachment*, mientras preparaba una presentación científica para el Dalai Lama, tuvo ocasión de leer casi una docena de libros sobre budismo. Para su sorpresa, descubrió que la psicología implícita en esa doctrina no sólo es coherente con la psicología de la teoría del apego sino que en muchos sentidos es prácticamente idéntica (Shaver, comunicación personal, 2005).

Para aclarar qué significa una actitud de atención plena, imaginemos cuatro anillos concéntricos, donde cada uno representa un elemento que contribuye a la experiencia de ser un «yo atento» a cada instante.

El anillo exterior representa la realidad externa. El mundo de la realidad externa incluye no sólo los acontecimientos que nos ocurren y las situaciones que creamos entre todos sino algo quizá más importante: las personas con las que nos relacionamos.

Avanzando hacia dentro hay un segundo anillo que simboliza el mundo relacional, esto es, los modelos mentales de la experiencia anterior que nos liberan de la necesidad de reinventar la rueda a cada momento. Esos modelos nos orientan, dan forma a nuestras interpretaciones del pasado y el presente y definen nuestras expectativas de futuro.

Dentro el segundo anillo hay un tercero que representa esa parte capaz de adoptar una actitud reflexiva ante la experiencia: en dos palabras, el «yo reflexivo». Aquí se entiende que nuestras representaciones, incluidos los modelos operativos internos, tamizan o filtran nuestra experiencia de la realidad exterior. No equiparamos el mundo subjetivo de las representaciones al mundo objetivo de la realidad externa ni negamos el impacto de la realidad externa en nuestra experiencia subjetiva. Con esa postura podemos reflexionar, consciente e inconscientemente, sobre el significado de nuestra experiencia en vez de limitarnos a interpretarla en un sentido literal. De ese modo adquirimos un importante grado de libertad interior.

La teorías del apego sólo se ocupan explícitamente de los elementos representados por esos primeros tres anillos: la realidad externa, el mundo representacional y el yo reflexivo. Considero, sin embargo, que el proceso narrativo de la teoría del apego describe una trayectoria que apunta como una flecha hacia un cuarto anillo dentro de los otros tres. El cuarto anillo representa lo que denomino el yo atento.

En términos un tanto crípticos, este yo es la respuesta a la pregunta: ¿Quién (o qué) reflexiona sobre la experiencia? Porque si una postura reflexiva supone una metacognición –pensar sobre el pensar–, lo natural es preguntarse *quién es el que piensa los pensamientos sobre el pensar*. El lector puede intentar, como hice yo, cerrar los ojos y hacerse esa pregunta. Mi respuesta (fruto de la experiencia) a la pregunta me sorprendió. Fue: «nadie». Al entroncar con un principio fundamental de la psicología budista, esta escurridiza idea refleja la paradoja de que el yo atento puede ser a la vez un yo seguro y una ausencia total de yo (personal), sólo conciencia (véase Goldstein y Kornfield, 1987; Kornfield, 1993; Engler, 2003).

Jeremy Holmes (1996), en sus elocuentes estudios sobre el apego, se topa con la misma paradoja cuando reconoce que toma prestado del budismo el término *desapego* para describir una «posición equidistante» que incluye la conciencia tanto de la amplitud como de la profundidad de la experiencia del yo, y del hecho de que el yo es «en última instancia una ficción» (p. 30).

Otra perspectiva sobre este asunto de la atención plena: así como la postura reflexiva ante la experiencia conlleva metacognición, una postura atenta supone *metaconciencia*: es decir, conciencia de la conciencia. Dicho de otro modo, el yo que *reflexiona* sobre la experiencia presta atención al contenido de la experiencia, mientras que el yo *atento* presta atención al proceso de la experimentación. Dicha atención plena ilumina el proceso mediante el cual se construye la experiencia (Engler, 2003).

Fonagy alude a la investigación y destaca el potencial clínico de la meditación de atención plena como complemento de la psicoterapia. Señala que «lo que podríamos denominar "mentalización" mejora con la práctica de la meditación» (Allen y Fonagy, 2002, p. 35). El planteamiento de Fonagy es sin duda correcto, pero la atención plena abarca mucho más que la meditación formal. Y la meditación no sustenta únicamente la mentalización.

El ejercicio regular de la consciencia plena presenta los mismos beneficios –autorregulación corporal y afectiva, comunicación en sintonía con los demás, perspicacia, empatía y otros efectos similares– que se asocian con las historias infantiles de apego seguro según las investigaciones desarrolladas hasta el momento (Siegel, 2005, 2006). Aunque tales

efectos paralelos pueden obedecer a otras causas, sostengo que surgen del hecho de que tanto la atención plena como el apego seguro son susceptibles de generar –aunque por caminos muy diferentes– el mismo recurso psicológico inestimable: una base segura *interiorizada*.

Los vínculos de apego seguro en la infancia y la psicoterapia contribuyen a desarrollar esa presencia interna tranquilizadora porque nos ofrecen experiencias en las que se nos reconoce, se nos comprende y se nos cuida, experiencias que después podemos interiorizar. La práctica de la atención plena tiene el potencial de desarrollar una presencia interna asimismo tranquilizadora al ofrecernos experiencias (fugaces o continuas) del ser sin yo o universal que no es otra cosa que la conciencia. Tales experiencias suelen caracterizarse por profundas sensaciones de seguridad, aceptación y conexión, tanto con los demás como con uno mismo (Linda Graham, comunicación personal, 2006).

En el ámbito terapéutico, nuestra capacidad de alcanzar la atención plena puede ser un factor fundamental para ayudar a los pacientes. En primer lugar, y éste es posiblemente el aspecto más importante, una actitud atenta potencia la experiencia de estar firmemente instalado en el momento presente. El psicoanalista británico Wilfrid Bion (1970) capta ese estado de presencia abierta tan bien como cualquier filósofo budista cuando ensalza las ventajas de abordar al paciente «sin memoria, deseo o entendimiento» (pp. 51-52). Así, arraigados en el aquí y el ahora –antes que en el pasado recordado, en el futuro deseado o en las abstracciones teóricas–, somos menos proclives al desdén o a la preocupación. Una postura de atención plena nos permite estar mucho más presentes, abiertos y dispuestos a responder –como un padre solícito– a las necesidades del momento, a medida que surgen en nuestra interacción con el paciente. En segundo lugar, una postura atenta y centrada en el presente potencia la experiencia de estar dentro del cuerpo y sentirlo. La consiguiente adaptación a nuestras propias respuestas somáticas amplifica las señales que nos permiten sintonizar con las expresiones no verbales del estado interno del paciente. De esa manera, la atención plena tiene el potencial de afinar la empatía, así como la capacidad de conectar con la experiencia tácita y quizá disociada del paciente. En tercer lugar, la atención plena (como un estado de ánimo seguro con respecto al apego) fomenta una actitud de aceptación, una receptividad y una apertura no defensivas ante la experiencia *tal como es*, lo que puede ayudarnos a crear un espacio para toda la gama de sentimientos, pensamientos y deseos del paciente. De ese modo, la atención plena por parte del terapeuta puede propiciar un vínculo con el paciente de forma que se potencie el proceso de integración.

Tal integración puede ser no sólo un objetivo primario de la psicoterapia sino (como ya hemos indicado) una consecuencia tanto del apego seguro como de la práctica de la atención plena. La actitud de atención plena del terapeuta, uno de los elementos que confieren al vínculo terapéutico un carácter transformador, puede tener un efecto «contagioso» y suscitar en el paciente una experiencia de atención plena, al igual que las manifestaciones de la actitud reflexiva del terapeuta despiertan en el paciente una capacidad mentalizadora. Además, con algunos pacientes puede ser de utilidad para el terapeuta alentar la práctica formal de la meditación.

Confío en haber explicado con claridad que, desde la perspectiva de la investigación y la teoría del apego, el poder curativo de la psicoterapia proviene ante todo de la interacción terapéutica. El nuevo vínculo de apego que establece el paciente con el terapeuta puede

funcionar como un crisol del desarrollo. En los próximos capítulos exploraré más a fondo los tres temas clave –el vínculo, la dimensión no verbal y la actitud del yo ante la experiencia– que orientan mi trabajo con cada paciente. Los capítulos de la primera parte, que resumen la historia de la investigación y la teoría del apego, constituyen el fundamento conceptual del libro. En la segunda parte se describe el efecto de los vínculos de apego en el yo en desarrollo. La tercera parte tiende los primeros puentes entre la teoría del apego y la práctica de la psicoterapia. En la cuarta parte se explican las consecuencias clínicas de la identificación del modelo o los modelos de apego que predominan en el paciente. En la quinta parte se describe en detalle la naturaleza de la labor terapéutica en el ámbito no verbal y se abordan los modos en que intentamos cultivar y suscitar en nuestros pacientes una actitud más reflexiva y atenta con respecto a la experiencia.

I De Bowlby a la actualidad en la teoría del apego

John Bowlby es, por supuesto, el padre de la teoría del apego. Sus aportaciones fueron corroboradas empíricamente y ampliadas por Mary Ainsworth, con quien mantuvo una relación intelectual fecunda y mutuamente influyente. Aportó con sus ideas el ímpetu inicial a la investigación de Ainsworth, que posteriormente redefinió el pensamiento de Bowlby, suscitando nuevos estudios y desarrollos teóricos. La colaboración entre ambos dio origen a la estructura fundamental de la teoría del apego y condujo a la explosión de las investigaciones empíricas en torno a esta teoría.

Las conclusiones de Bowlby y Ainsworth se ampliaron a través de la obra de Mary Main, que trasladó el núcleo del estudio sobre el apego de la infancia a la edad adulta y de la conducta no verbal a la representación mental. A su vez, las aportaciones de Main inspiraron a Peter Fonagy y sus colegas, quienes identificaron los vínculos de apego intersubjetivos como el contexto clave en el que se desarrollan las capacidades humanas vitales de la perspicacia y la empatía.

En esta primera parte, donde se revisa la historia de los estudios sobre la teoría del apego, se presta especial atención a aquellos hallazgos que han tenido repercusiones más directas y fecundas para la psicoterapia. Esta revisión bibliográfica nos aportará el fundamento conceptual de los capítulos posteriores, más centrados en la faceta clínica.

2 Los fundamentos de la teoría del apego

Aunque se suele atribuir a Bowlby la paternidad de la teoría del apego, hay autores como Inge Bretherton (1995) que afirman que la teoría es obra de dos progenitores, pues la madre es Mary Ainsworth. Si bien se dice que Ainsworth comentó en más de una ocasión que «Bowlby hace la teoría» (Karen, 1994, p. 434), creo que infravaloraba su propia relevancia. Cuando le pregunté al hijo de Bowlby cómo calificaba su padre el papel de Ainsworth, sir Richard Bowlby respondió que, desde la perspectiva de su padre,

> constituían un dúo dinámico. No era posible determinar quién hacía la teoría, de la misma manera que no se puede decir que este tramo forme parte de las escaleras y el de arriba no. La relación entre ambos fue una larga conversación. Sin Ainsworth mi padre habría sido una sombra [...] [...] [aunque] sin mi padre Ainsworth no habría sido nada. (R. Bowlby, comunicación personal, 2004).

John bowlby: proximidad, protección y separación

La principal aportación de Bowlby consistió en reconocer la necesidad evolutiva de apego en el niño con respecto a su cuidador, una necesidad de carácter biológico. Bowlby comprendía que el carácter primario del apego como sistema de motivación está arraigado en la necesidad absoluta del bebé de mantener la proximidad física al cuidador, no sólo para obtener seguridad emocional sino para lograr su supervivencia. En los entornos naturales a los que tuvieron que adaptarse nuestros ancestros humanos, una serie de depredadores y otras amenazas mortales hicieron sumamente improbable que un niño pequeño separado de las figuras protectoras pudiera sobrevivir varios minutos, y ya no digamos horas (Main, Hesse y

Kaplan, 2005). Así pues, la evolución «diseñó» lo que Bowlby denominaba *sistema conductual del apego* con el fin de incrementar la probabilidad de supervivencia y el éxito reproductivo. Como tal, el sistema de apego es un componente de la programación genética humana tan importante como la alimentación y el apareamiento (Bowlby, 1969/1982).

Este conjunto de respuestas innatas e instintivas ante la amenaza y la inseguridad se manifiesta en tres tipos de conducta:

1. *Búsqueda, seguimiento y mantenimiento de la proximidad a una figura de apego protectora* –o a una escogida entre una pequeña jerarquía de figuras de apego–, que por lo general, aunque no siempre, es un familiar. Aunque podría parecer que cualquiera de las personas con las que el niño mas se relaciona (la madre, el padre u otro cuidador) tendría que ocupar la cúspide de la jerarquía de apego, este lugar predilecto suele reservarse para la madre, independientemente del grado de relación que mantenga su hijo con ella.1 Llorar, agarrarse, llamar a la(s) figura(s) de apego o reptar hasta ella(s) son actos que forman parte del repertorio biológicamente integrado para establecer la seguridad de la proximidad.

2. *Uso de la figura de apego como «base segura»* (en el sentido de la frase de Ainsworth) desde la que es posible explorar las circunstancias y experiencias no familiares (Ainsworth, 1963). Como ilustración del fenómeno de la base segura, pensemos en las conocidas observaciones de Margaret Mahler sobre los niños y bebés que se alejan por poco tiempo de la madre para volver a ella al cabo de unos instantes con el fin de «reabastecerse de combustible» antes de reanudar la exploración (Mahler, Pine y Bergman, 1975). Lo que Bowlby denominó *sistema conductual exploratorio* se relaciona íntimamente con el sistema de apego. Cuando el niño tiene a su alcance una figura de apego como base segura que le aporta protección y apoyo en caso necesario, suele sentirse libre para explorar. En cambio, cuando la figura de apego está temporalmente ausente, la exploración cesa de forma abrupta.

3. *Búsqueda de una figura de apego como «refugio» en situaciones de peligro y momentos de alarma*. En común con otros primates que habitan en el suelo pero a diferencia de muchas otras especies, los seres humanos que se ven amenazados no buscan la seguridad en un lugar (como una madriguera o guarida) sino en la compañía de una persona considerada como «más fuerte y/o más sabia» (Bowlby, 1988, p. 121). Las amenazas internas y externas para la supervivencia del niño, «los indicios naturales de peligro» (p. ej., la oscuridad, los ruidos fuertes y los entornos desconocidos), así como la separación actual o inminente de la madre, pueden suscitar la búsqueda de la proximidad, el signo distintivo de la conducta de apego.

Si bien la proximidad física era el «objetivo» del apego cuando Bowlby empezó a desarrollar su teoría, desde entonces se ha elaborado y refinado esta idea. Bowlby empezó a percatarse de que la proximidad física, un aspecto en sí crucial, es también un símbolo de la reconfortante disponibilidad del cuidador. Desde esta perspectiva, la finalidad de la conducta de apego no es sólo la protección del peligro presente sino la tranquilidad asociada a la continua disponibilidad del cuidador. Y dado que el cuidador podría estar al mismo tiempo físicamente accesible y ausente en el plano emocional, Bowlby definió la «disponibilidad» de la figura de apego como una cuestión no sólo de accesibilidad sino también de receptividad emocional.

A esta concepción más amplia añadió la dimensión específicamente interna del apego, al afirmar que el factor crucial era la *valoración* que hacía el niño acerca de la disponibilidad del

cuidador, una valoración que en el presente dependía en gran medida de la experiencia que hubiera tenido el niño en cuanto a la disponibilidad del cuidador en el pasado (Bowlby, 1973). En la misma línea, Sroufe y Waters (1977a) sostienen que el objetivo primordial del sistema de apego no es la regulación de la distancia sino la «seguridad sentida», un estado subjetivo que no depende sólo de la conducta del cuidador sino también de la experiencia interna del niño, en la que se incluyen su propio estado de ánimo, su condición física, sus imaginaciones, etc.

Téngase en cuenta que, aunque Bowlby se centró inicialmente en la conducta de los niños pequeños, llegó a considerar que las manifestaciones de la necesidad biológica de apego son significativas a lo largo de toda la vida. Esta creencia se ve corroborada con los datos estadísticos y la experiencia cotidiana. Los datos actuariales demuestran que los individuos que viven en pareja y/o tienen amigos íntimos viven más tiempo que aquellos que están aislados, al igual que los datos de la experiencia casi universal confirman que en momentos de amenaza –pensemos en el 11-S de 2001– tendemos la mano a las personas de nuestro entorno más cercano. Cuanto más extrema es la amenaza, más fuerte es el deseo de conexión, a menudo a través de la proximidad del contacto corporal. Esa cercanía física, esencial para la supervivencia del niño pequeño, se puede sentir como una necesidad emocional en los años posteriores de la infancia y en la edad adulta.

A lo largo de la vida tendemos a observar las circunstancias físicas y emocionales –la accesibilidad y la receptividad– de aquellas personas por las que sentimos un mayor vínculo de apego. Así pues, sobre todo cuando a la seguridad sentida se añade la proximidad como el objetivo establecido, el apego debe entenderse como una necesidad humana continua, no como una dependencia infantil que superamos al crecer. En palabras de Bowlby (1980):

> Los apegos íntimos a otros seres humanos son el núcleo en torno al que gira la vida de una persona, no sólo en la primera infancia sino durante la adolescencia, los años de madurez y la vejez (p. 442).

Ahora bien, ¿qué es lo que posibilita los apegos seguros en la primera infancia y a lo largo de la vida? Bowlby estaba profundamente descontento con las explicaciones psicoanalíticas de su época, como las de Melanie Klein, que situaba los orígenes del desarrollo sano y patológico exclusivamente en las fantasías del niño, más que en la realidad de sus relaciones formativas. Menos de un año antes de su muerte, ocurrida en 1989, Bowlby expresó su propia visión de este asunto en una entrevista con Robert Karen (1994):

> Yo sostuve que los acontecimientos de la vida real, el modo en que los padres tratan al hijo, es de importancia fundamental en la determinación del desarrollo, mientras que Melanie Klein no les atribuía ninguna importancia. [...] La idea de que las relaciones internas reflejan las relaciones externas brillaba por su ausencia en su pensamiento (p. 46).

Bowlby había contado con la supervisión de Klein durante su formación analítica. En aquella etapa, cuando trabajaba cinco días por semana con un niño atormentado por la ansiedad, a Bowlby le desalentó saber que Klein le prohibía entrevistarse con la ansiosa madre del joven paciente. Su desánimo dio paso al horror cuando, tres meses después de que empezar a trabajar en ese caso, la madre fue hospitalizada con una depresión severa y la única reacción de Klein fue la irritación porque ahora no había nadie que pudiera llevar al niño a la terapia:

> El hecho de que aquella pobre señora hubiera sufrido una crisis nerviosa carecía de interés clínico para ella. [...] [P]ara ser sincero, esto me horrorizó. Y a partir de entonces mi misión en la vida ha sido demostrar que las experiencias de la vida real tienen un efecto muy importante en el desarrollo (p. 46).

La importancia que concede Bowlby a la realidad de cómo nos tratan las personas que más nos importan surgió sólo en parte como reacción contra los dogmas psicoanalíticos de la época. Quizás lo más importante fue su contacto con niños *in extremis*, sobre todo niños cuya relación con su madre se había visto afectada por la privación, la separación o la pérdida. A finales de la década de 1930, cuando trabajaba como psiquiatra en el Child Guidance Center de Londres, Bowlby trató y estudió a niños delincuentes durante casi tres años; detalló el impacto catastrófico de las separaciones prolongadas en la primera infancia en «Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life» (1944). A raíz de ese trabajo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) encargó a Bowlby en 1949 la elaboración de un texto monográfico sobre el estado emocional de los niños que quedaron sin hogar tras la Segunda Guerra Mundial (Bowlby, 1951). Por último, como vicedirector del departamento infantil de la Tavistock Clinic, Bowlby presenció la devastación psíquica que se producía cuando los niños se separaban de sus padres a causa de una hospitalización o un ingreso prolongados.

La realidad factual de la separación y la pérdida tenían un efecto innegablemente desastroso en los niños delincuentes, sin hogar y hospitalizados a los que tuvo ocasión de observar. Bowlby (1969/1982) descubrió que este impacto se manifestaba en una secuencia de respuestas que reflejaban la lucha del niño por hacer frente a esa dolorosa realidad. La reacción inicial ante la separación traumática era la protesta, seguida de la desesperación, que, a su vez, daba lugar al desapego.

Aunque los estudios de Bowlby sobre la separación y la pérdida tuvieron una profunda influencia en su enfoque teórico sobre el desarrollo humano, también es cierto que este tipo de trauma se convirtió en el núcleo principal de sus investigaciones en gran parte porque fue posible documentarlo empíricamente e investigarlo con métodos científicos (Bowlby, 1986; Bretherton, 1991). En cambio, en su monografía de la OMS sobre los niños que sufrieron las devastadoras secuelas de la guerra, Bowlby había aludido a los efectos mucho más difíciles de investigar, aunque igualmente corrosivos, de una crianza crónicamente inadecuada. En el mismo informe, conjeturaba que para facilitar el desarrollo sano «el bebé y el niño debían experimentar una relación cálida, íntima y continúa con su madre (o un sustituto permanente de la madre) en la que ambos encontrasen satisfacción y disfrute» (Bowlby, 1951, p. 13). El núcleo crucial es el siguiente: Bowlby sabía que, en mayor medida que el trauma de la separación y la pérdida, lo que conformaba el desarrollo psicológico era la continua interacción cotidiana de los niños con sus padres, y sin embargo carecía de los instrumentos empíricos para estudiarla. A su debido momento, estas interacciones ordinarias pero tan difíciles de investigar serían el objeto de interés de la colega de Bowlby, Mary Ainsworth.

Mary Ainsworth: apego, comunicación y la «extraña situación»

Ainsworth, investigadora y psicóloga del desarrollo de la Universidad de Toronto, era también una brillante especialista en diagnosis que llegó a escribir un libro en colaboración con el experto de la época en el test de Rorschach, Bruno Klopfer. Cuando se casó en 1950,

Ainsworth se trasladó junto con su marido a Londres, donde a finales de aquel mismo año respondió a una oferta laboral anunciada por Bowlby en el *Times*, donde se solicitaba un investigador para estudiar el efecto psicológico de la separación de la madre en la primera infancia. Así comenzó un proceso colaborativo de influencia mutua que duró casi 40 años, etapa en la que Ainsworth acometió la tarea inicial de probar empíricamente las hipótesis de Bowlby. Las investigaciones de Ainsworth –primero en Uganda y después en Baltimore– transformaron la investigación y la teoría del apego.

Aunque sus estudios claramente confirmaron muchas ideas de Bowlby, Ainsworth hizo también otras aportaciones independientes que resultaron ser fundamentales para la evolución del concepto de apego. Tal vez lo más importante es su descubrimiento de que el impulso innato y biológico del sistema de apego es *maleable* y de que las diferencias cualitativas en la conducta de apego de los individuos dependen de la conducta diferencial de los cuidadores (Grossman, 1995). Este descubrimiento condujo a la clasificación de los estilos de apego en la infancia y en la edad adulta, una de las aportaciones esenciales de la teoría del apego a la psicoterapia.

Ainsworth identificó también, de un modo preliminar, los tipos de interacción progenitor-hijo que producen con mayor probabilidad un apego seguro, así como las variedades del apego inseguro. La clave de la seguridad o la inseguridad, según observó, radicaba en los *patrones de comunicación* entre el niño y el cuidador.

Además, Ainsworth fue la artífice del concepto de «base segura» y desempeñó un papel esencial en la extensión del apego más allá del foco exclusivo en la proximidad, con el fin de incluir también la influencia de las *expectativas* del niño respecto del cuidador, expectativas que se plasman en los mapas o representaciones mentales que Bowlby denominó «modelos funcionales internos». Por último, está la aportación que lleva su nombre y que acabó siendo sinónimo del estudio del apego: la «Situación Extraña» de Ainsworth. Este procedimiento de laboratorio para estudiar las relaciones niño-progenitor, ideado y aplicado por primera vez en Baltimore en 1964, desencadenó una serie de investigaciones que han erigido la teoría del apego en el paradigma dominante de la psicología del desarrollo contemporánea.

Ainsworth en Uganda

La trayectoria investigadora que culminó en la Situación Extraña se inició 10 años antes, cuando Ainsworth volvió a trasladarse con su marido, esta vez a Uganda. Al igual que Bowlby, con quien había investigado durante tres años y medio el efecto de la separación traumática, Ainsworth se había convencido de que el estudio del «desarrollo fallido» era inadecuado como fundamento para comprender el desarrollo normal del apego (Marvin y Britner, 1999). Por lo tanto, poco después de establecerse en Kampala, puso en marcha el primer estudio naturalista y longitudinal de los niños en su interacción con la madre. Ainsworth observó durante nueve meses a 26 familias con niños todavía no destetados. En visitas a cada familia durante dos horas cada dos semanas, recopiló datos que dieron respuesta a algunas preguntas fundamentales sobre la ontogenia del apego: ¿Qué caracteriza la «gestación» del vínculo de apego y qué indica su «nacimiento»? ¿Qué favorece el apego seguro y qué lo dificulta?

Los datos (Ainsworth, 1967) indicaban que el apego se desarrolla en diversas fases en las que la falta inicial de diferenciación de la madre respecto de otras personas desde la

perspectiva del niño da paso a una clara preferencia por ella, lo que cristaliza en un vínculo poderoso entre los meses seis y nueve. La cristalización del apego se reflejaba (entre otras conductas) en la huida hacia la madre cuando el niño se hallaba en un estado de angustia o alarma, el uso de la madre como base segura para la exploración y la aproximación activa a la madre tras el reencuentro. La documentación de la trayectoria de desarrollo infantil en el estudio de Ainsworth ofrecía un fundamento empírico para la teoría de Bowlby. Con todo, lo que más le intrigaba eran las diferencias entre los niños (más que los rasgos en común).

Si bien la mayoría de los niños mostraba un apego inequívoco, una minoría no buscaba el alivio en la madre ni tampoco exploraba, y una minoría aún más pequeña no mostraba ningún indicio de apego. Ainsworth conjeturó que estas variaciones inesperadas reflejaban diferencias en el tipo de cuidados que habían recibido los niños. Aunque los niños que recibían el mayor grado de cariño y atención solían ser los más seguros, había excepciones sorprendentes que indujeron a Ainsworth a creer que lo importante no era la cantidad de cariño, sino la *calidad*. A partir de las entrevistas con las madres, concluyó que la sensibilidad materna ante las señales del niño era de una importancia fundamental. Pero también observó una correlación positiva entre la seguridad del apego infantil y el placer de la madre al amamantar al niño (Bretherton, 1995; Marvin y Britner, 1999). Este último hallazgo respaldaba la hipótesis inicial de Bowlby (1951) de que el desarrollo sano depende del disfrute de *ambas* partes en el vínculo de apego. Si bien Ainsworth fue incapaz de especificar qué tipos de conducta materna conducían al desarrollo del apego seguro y cuáles no, su identificación del vínculo probable entre la perceptividad materna y el apego apuntaba hacia lo que descubriría ocho años después en Baltimore cuando repitió, de forma mucho más precisa, el estudio desarrollado en Uganda.

La «Situación Extraña»

En 1963, Ainsworth recabó la colaboración de 26 madres embarazadas en un estudio sobre el primer desarrollo. Desde el momento en que nacía el bebé, se documentaba meticulosamente su interacción con la madre durante un año. Durante 18 visitas de cuatro horas a cada familia, Ainsworth y su equipo recopilaron datos que demostraron un solapamiento casi perfecto entre las conductas de apego documentadas en Baltimore y las observadas inicialmente en Uganda. La correlación intercultural respaldaba la tesis de Bowlby de que el apego era una necesidad instintiva universal. No obstante, Ainsworth tomo también conciencia de una asombrosa e intrigante diferencia entre los dos grupos: Así como los niños ugandeses mostraban una conducta evidente de base segura en el hogar, no sucedía lo mismo en el grupo de Baltimore.

Para Ainsworth, el fenómeno de la base segura era esencial, pues su presencia denotaba la seguridad implícita en una capacidad equilibrada de exploración y apego. En Uganda, la exploración infantil se desarrollaba en presencia de la figura de apego, y sólo se interrumpía abruptamente ante la inquietud suscitada por el alejamiento de la madre. En Baltimore, por el contrario, la exploración continuaba independientemente de que la figura de apego estuviera o no presente.2 Para contribuir a determinar si la conducta de base segura tenía una motivación genética, como había postulado Bowlby, Ainsworth ideó (junto con Barbara Wittig) un procedimiento inicialmente controvertido que eludía el problema de la familiaridad al presentar a los niños de Baltimore en una «situación extraña» (Ainsworth, Blehar, Waters y

Wall, 1978).

En este ensayo de laboratorio estructurado, de unos 20 minutos de duración, se situó a las madres y los niños –ahora de 12 meses de edad– en una habitación agradable llena de juguetes. Lo que siguió fue una serie de episodios de tres minutos entre los que se incluían las oportunidades del niño de explorar, en presencia de la madre, dos separaciones de la madre, dos reencuentros y la exposición del niño a un desconocido (que era siempre un observador preparado). La expectativa era que la inquietante combinación de un entorno desconocido, la separación y una persona extraña desencadenase las manifestaciones biológicas predecibles del sistema conductual del apego. Ainsworth predijo que, al utilizar a la madre como base segura, los niños que se habían mostrado seguros en el hogar jugarían en presencia de la madre, experimentarían angustia ante la separación y volverían a tranquilizarse lo suficiente tras el reencuentro como para proseguir la exploración lúdica. Ainsworth también esperaba que los niños que habían mostrado inseguridad en el hogar se disgustarían notablemente en los episodios de separación. Sin embargo, la conducta de la Situación Extraña en algunos niños sorprendió por completo a Ainsworth.

La mayoría de los bebés de Baltimore –que eran los considerados «seguros» según las observaciones desarrolladas durante un año en el hogar– respondieron tal como se predecía, mostrando una capacidad flexible de explorar libremente y de reconfortarse mediante el vínculo. Lo que Ainsworth no había previsto y lo que le desconcertó en un primer momento fue la minoría sustancial de niños que sacrificaban el vínculo en favor de la exploración. Como estos niños no sólo exploraron durante todo el procedimiento sino que rehuyeron el reencuentro con la madre, se los describió como «elusivos». En cambio, una pequeña minoría de niños renunció por completo a la exploración en favor del vínculo. Como no sólo se mostraron constantemente preocupados por la localización de su madre sino enfadados o pasivamente desconsolados tras el reencuentro, se denominó a estos niños «ambivalentes» (o, alternativamente, «resistentes»).

Sin lugar a dudas, la mayor aportación de Ainsworth a la teoría del apego fue su detección de tres patrones de apego distintos durante el experimento de la Situación Extraña, cada uno de ellos asociado con un modelo diferente de interacción madre-hijo en el hogar. Dado que tanto las clasificaciones infantiles como los estilos de interacción a los que se asocian son profundamente relevantes para la labor clínica, es importante resumirlos en detalle.

Las clasificaciones del apego en la infancia

El apego seguro

Los bebés seguros acceden al impulso de explorar cuando se sienten a salvo y buscan consuelo en el vínculo cuando perciben alguna amenaza. Ainsworth había concluido que las reacciones infantiles ante el reencuentro, más que la separación, eran lo que revelaba la seguridad del apego o la inseguridad. Los niños seguros –por mucho que les angustiara la separación– se tranquilizaban de inmediato al reanudar el contacto con la madre y enseguida volvían a jugar.

Este tipo de flexibilidad y resiliencia se interpretaba como fruto de la interacción con una madre sensible que era receptiva a las señales y las comunicaciones del bebé. Por lo general,

las madres de los niños seguros se apresuraban a cogerlos cuando lloraban y los abrazaban con ternura y cariño, pero sólo durante el tiempo en que el niño lo deseaba. Estas mismas madres conciliaban su propio ritmo con el de los bebés, en lugar de imponerles su programa. De un modo que era en apariencia «suficientemente bueno» (en la expresión de Winnicott), la conducta de estas madres tendía a reflejar la sensibilidad antes que la falta de sintonía, la aceptación antes que el rechazo, la colaboración antes que el control y la disponibilidad emocional antes que la lejanía (Ainsworth *et al.*, 1978).

El apego elusivo

Los bebés elusivos pueden parecer displicentes, dado que el procedimiento de la Situación Extraña los expone a un entorno intrínsecamente alarmante. En su incesante exploración y su indiferencia ante el regreso o la marcha de la madre, la falta aparente de angustia puede interpretarse erróneamente como tranquilidad. En realidad, el pulso cardíaco durante los episodios de separación es tan elevado como el de los niños visiblemente angustiados y, por otro lado, el aumento del nivel de cortisol (la principal hormona del estrés) con anterioridad y posterioridad al procedimiento es significativamente mayor que el de los niños seguros (Sroufe y Waters, 1977b; Spangler y Grossmann, 1993).

Ainsworth llegó a postular que la aparente indiferencia del bebé elusivo, así como la ausencia casi total de conducta de apego, reflejaba una acomodación defensiva similar al desapego observado por Bowlby en los niños de dos y tres años que habían sufrido una prolongada separación de sus padres. Era como si éstos bebés elusivos, al igual que los niños mayores traumatizados por la separación y la pérdida, hubieran concluido que su apertura al confort y el cuidado era inútil y, por lo tanto, hubieran renunciado a ella.

De forma tal vez previsible, Ainsworth descubrió que las madres de los bebés calificados como elusivos habían rechazado activamente los intentos de conexión (Ainsworth *et al.*, 1978). Otros investigadores observarían posteriormente que este tipo de madres se retraía cuando los niños se mostraban tristes (Grossmann y Grossmann, 1991). La inhibición de la expresión emocional, la aversión al contacto físico y la brusquedad eran signos distintivos de la maternidad que producía niños elusivos, niños que permanecían fláccidos cuando los cogían, en lugar de acurrucarse o agarrarse (Main y Weston, 1982).

Apego ambivalente

Ainsworth identificó en su investigación dos tipos de niños ambivalentes: los que se enfadaban y los que se mostraban pasivos. Unos y otros estaban demasiado preocupados con la localización de la madre como para explorar libremente el entorno y reaccionaban ante la separación con una angustia abrumadora, hasta tal punto que fue necesario interrumpir con frecuencia tales episodios. Tras el reencuentro, los niños descritos como enfadados oscilaban entre la apertura activa al contacto con la madre y las expresiones de rechazo, que se manifestaban en grados diversos, desde la elusión del abrazo de la madre hasta la rabieta extrema. En cambio, los niños clasificados como pasivos sólo parecían susceptibles de manifestar tenues conatos de consuelo, a veces implícitos, como si estuvieran tan superados por la impotencia y el sufrimiento que no fueran capaces de acercarse directamente a la madre. Por desgracia, el reencuentro no atenuaba la angustia de los niños ambivalentes ni

ponía fin a su ansiedad por la localización de su madre. Era como si, incluso en su presencia, buscaran a una madre que no estaba.

Ainsworth observó que los bebés ambivalentes eran hijos de madres que, en el mejor de los casos, sólo estaban disponibles en forma imprevisible y ocasional. Y aunque en estas madres nunca rechazaban a los niños verbal o físicamente (a diferencia de las madres de los bebés elusivos), su receptividad ante las señales de los pequeños era asimismo insensible.3 Por último, las madres de los bebés ambivalentes, de forma sutil o más explícita, obstaculizaban la autonomía del hijo, lo que acaso explicaba la inhibición exploratoria que caracterizaba a estos bebés (Ainsworth *et al.*, 1978).

La clave radica en la comunicación

Al diferenciar entre la seguridad y las variedades de inseguridad, Ainsworth descubrió que en el vínculo de apego lo primordial era la *calidad de la comunicación* entre el niño y el cuidador.

En las díadas seguras, el niño expresaba claramente su necesidad de consuelo tras la separación, su alivio al tranquilizarse en el reencuentro y su consiguiente disposición a reanudar el juego. La madre interpretaba con precisión las pistas no verbales del niño (su aproximación con los brazos levantados entre lágrimas, la adaptación a su cuerpo cuando la madre lo cogía en brazos, su eventual inquietud) y reaccionaba en consecuencia (cogiéndolo en brazos, abrazándolo con ternura y dejándolo jugar). Esta secuencia reflejaba un tipo de comunicación empática que se ha caracterizado como *colaborativa* y *contingente*: Una de las partes emite señales mientras que la otra responde con una conducta que dice: «Comprendo lo que sientes y atiendo tus necesidades».

En las díadas inseguras, la comunicación tenía un cariz muy diferente. Tras la separación, los niños elusivos no lograban expresar la intensa angustia que se revelaba indirectamente a través de la aceleración del pulso cardíaco y el aumento de los niveles de cortisol. Asimismo, después del reencuentro, no lograban expresar su necesidad de alivio. En suma, los niños elusivos inhibían casi toda la comunicación susceptible de entablar un vínculo. No expresaban ningún deseo de proximidad y parecían ajenos a cualquier insinuación afectiva que mostrara su madre.

Ocurría casi una situación inversa en los niños ambivalentes, que en apariencia amplificaban las expresiones de apego. Casi desde el principio del procedimiento de Ainsworth, estos niños transmitían una inquietante preocupación por la disponibilidad de su madre. Su angustia tras la desaparición era sumamente aguda y el alivio tras el reencuentro era casi insignificante. La comunicación de las necesidades de apego persistía de forma amplificada en los niños ambivalentes, independientemente de las atenciones de la madre (Ainsworth, 1969; Main, 1990, 1995; Slade, 1999).

Ainsworth llegó a entender los diversos patrones de comunicación de la Situación Extraña como reflejos de la necesidad infantil de cultivar el mejor apego posible con los padres que presentaban una resistencia y una vulnerabilidad especialmente agudas. «¡Sólo construir el puente!», escribió Forster, pero para construir ese puente –para desarrollar el vínculo de apego– los niños deben adaptarse al carácter de sus cuidadores. Se ha observado que en casa las madres de los niños seguros son sensibles y receptivas, con una conducta

sorprendentemente variable en función de la del bebé, un descubrimiento que Mary Main interpretaría como prueba de la «temprana sintonía» que se establece entre ambos (Main, 1995, p. 417). Así pues, era coherente que los niños seguros comunicaran sus sentimientos y necesidades directamente, como si asumieran que tal comunicación evocaba una respuesta acorde.

Las madres de los niños elusivos rechazaban en el hogar la conducta de apego. Se mostraban poco accesibles en el plano emocional e incómodas con el contacto físico, y tendían a retraerse cuando los niños estaban tristes. No era infrecuente que los niños reaccionasen con ira ante el rechazo de la madre. Por lo tanto, para estos niños elusivos, inhibir la comunicación de las necesidades de apego era un principio adaptativo, para evitar el rechazo materno y el enfado que amenazaba con alejar a la madre cuando se frustraban las necesidades del niño.

Las madres de los niños ambivalentes no eran siempre receptivas a sus señales y mostraban una disponibilidad emocional imprevisible. Esta imprevisibilidad parecía consecuencia de los estados anímicos de la madre, que le impedían sintonizar adecuadamente con el niño (Siegel, 1999). Ante la imprevisible receptividad de la madre, para los niños ambivalentes era adaptativo comunicar sus necesidades de apego de una manera persistente e inequívoca, como si la insistencia les garantizara la continuidad de la atención materna.

El apego desorganizado

Las investigaciones de Ainsworth –y, sin lugar a dudas, su fortaleza como persona y docente– atrajeron a numerosos alumnos de talento extraordinario que decidieron colaborar con ella, entre los que se cuentan Inge Bretherton, Jude Cassidy, Alicia Lieberman, Everett Waters y, sobre todo, Mary Main. En el capítulo 3 revisaremos las aportaciones de Main a la investigación y la teoría del apego. Por el momento nos limitaremos a decir que son monumentales. En el contexto de la presente revisión de las tres categorías de apego «organizado», lo crucial es el descubrimiento que hizo Main, casi 20 años después del estudio pionero de Ainsworth, de un patrón que anteriormente había pasado desapercibido: el apego desorganizado/desorientado.

Main y su exalumna Judith Solomon, mientras revisaban meticulosamente 200 cintas de vídeo de niños cuya conducta de Situación Extraña no encajaba con las clasificaciones tradicionales, observaron que el 90% de estos niños manifestaba reacciones inexplicables, contradictorias o extrañas en presencia del progenitor. Por ejemplo, tras el reencuentro, retrocedían hacia la madre, se quedaban inmóviles, se tiraban al suelo o aparentemente se asumían en un estado de aturdimiento similar al trance. Al ver a la madre, un niño se tapó la boca con la mano, gesto que Darwin observó en los primates e interpretó como un grito ahogado (Hesse, 1999). El apego desorganizado pasó inadvertido durante mucho tiempo probablemente porque este tipo de conductas (que no suelen durar más de 10 o 30 segundos) tan sólo salpicaba, por así decirlo, el flujo de la conducta infantil de la Situación Extraña en su conjunto (Main y Solomon, 1990). Por el mismo motivo, cada niño clasificado como desorganizado recibía también una clasificación alternativa que describía su conducta general en la Situación Extraña como segura, elusiva o ambivalente.

Main ha conjeturado que el apego desorganizado se produce cuando la figura de apego se percibe no sólo como el refugio seguro sino como la fuente de peligro, es decir, cuando el

niño –preprogramado para recurrir a los padres en los momentos de alarma– se encuentra dividido entre los impulsos contradictorios de aproximación y elusión. Es una postura insostenible que no ofrece ninguna escapatoria al niño en lo que respecta a la dependencia de los padres. Así pues, no es extraño que la consecuencia de una «paradoja biológica» tan terrible sea la desorganización y/o la desorientación.

Por ejemplo, en un estudio desarrollado con niños maltratados por sus padres, se clasificó al 82% como desorganizado, frente al 18% del grupo de control (Carlson *et al.*, 1989). Además, el porcentaje de niños desorganizados era también desproporcionado en las muestras de alto riesgo donde se incluían familias oprimidas por factores estresantes como la pobreza, la enfermedad psiquiátrica o el consumo abusivo de sustancias, entre otros. Sin embargo, sorprendentemente, la desorganización se daba también en niños que no eran maltratados ni se inscribían en las muestras de alto riesgo.

Para intentar comprender esta observación, Main conjeturó que la desorganización infantil es consecuencia no sólo de las interacciones con los padres cuya ira o cuyo maltrato resultan manifiestamente aterradores, sino de aquellas otras en las que el niño percibe el temor de los padres. En concreto, la desorganización puede producirse cuando el miedo de los padres surge como respuesta ante el niño y cuando el padre o la madre reacciona con retraimiento físico o con un estado como de trance. En suma, Main sugiere que el apego desorganizado puede surgir de la interacción del niño con los padres que resultan aterradores o que están asustados o disociados. En contraste con las estrategias organizadas de los niños seguros, elusivos y ambivalentes, se interpreta el apego desorganizado como la ruptura de una estrategia por parte de un niño que experimenta «miedo sin solución» (Main y Hesse, 1992).

Efectos a largo plazo de los patrones de apego infantil

A raíz de la célebre investigación de Ainsworth (que se ha repetido en numerosas ocasiones), un sinfín de estudios ha puesto de manifiesto que los patrones de apego en la infancia tienen efectos a largo plazo. Se han asociado las historias de apego seguro, elusivo, ambivalente y desorganizado a diversos tipos de evolución en la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Los niños que tienen un historial de apego seguro presentan un grado mucho mayor de autoestima, salud emocional, resiliencia del ego, afecto positivo, capacidad de iniciativa, competencia social y concentración en el juego que los niños inseguros. En el ámbito escolar, los niños seguros reciben de los profesores un trato cordial, acorde con su edad, mientras que los elusivos (que suelen parecer huraños, arrogantes o conflictivos) suelen suscitar reacciones airadas y controladoras, y los ambivalentes (percibidos generalmente como pegajosos e inmaduros) son consentidos o mimados en exceso. Se ha observado que los niños elusivos suelen victimizar a los demás, mientras que los ambivalentes son victimizados; en cambio, los niños seguros no son ni víctimas ni victimizadores (Sroufe, 1983; Elicker, Englund y Sroufe, 1992; Weinfeld, Sroufe, Egeland y Carlson, 1999).

Por lo que respecta al desarrollo posterior, el apego seguro confiere mayor resiliencia a quienes han disfrutado de ese vínculo en las primeras etapas de la vida. En cambio, el apego desorganizado en la primera infancia es un factor de riesgo de psicopatología muy significativo en las etapas posteriores. Los pacientes límite, por ejemplo, suelen tener un

historial de apego desorganizado (Dozier, Chase, Stoval y Albus, 1999; Schore, 2002; Fonagy *et al.*, 2002). Las estrategias organizadas de apego inseguro son también un factor de riesgo, pero mucho menos grave. El apego elusivo se ha asociado a los problemas obsesivos, narcisistas y esquizoides, mientras que el apego ambivalente se ha relacionado con las dificultades histéricas o histriónicas (Schore, 2002; Slade, 1999).

La cuestión de cómo interpretar tales observaciones continúa abierta. El impacto de los primeros vínculos puede perdurar porque las pautas iniciales de conducta, comunicación y regulación del afecto se mantienen y refuerzan a través del vínculo continuo del niño con los mismos padres que contribuyeron a modelar tales tendencias. Por otro lado, parece también probable que los patrones de apego que Ainsworth codificó a través de la Situación Extraña se interioricen como modelos estructurados en la mente.

Dicho de otro modo, lo que empezó como una interacción de origen biológico puede registrar representaciones psicológicas y mentales que continúan modelando la conducta y la experiencia subjetiva a lo largo de la vida, al margen de que las figuras de apego estén o no presentes. Así como Ainsworth estudió la conducta de apego en la primera infancia, fue su alumna más aventajada, Mary Main, quien investigó la manera en que se codifican en la mente y se preservan como influencias en las relaciones futuras –con uno mismo y con los demás– las tempranas experiencias de apego durante el resto de la infancia y la edad adulta.

1. Según Bowlby, el hecho de que los niños pequeños busquen preferentemente la proximidad de su madre proviene de que el apego es ante todo una función de la disponibilidad. Curiosamente, Mary Main, citando a este respecto ciertos estudios desarrollados en Suecia, señala que incluso cuando la madre trabaja fuera de casa y el padre es *de facto* la principal figura parental, el niño sigue prefiriendo a la madre. Main sugiere que este «asombroso descubrimiento» puede explicarse por la experiencia prenatal (como la exposición intrauterina del bebé a la voz de la madre y una inmediata predilección por ella), experiencia que más o menos asegura que será ella la principal figura de apego ya antes de que el niño salga del vientre materno (Main, 1999).
2. Ainsworth intentó explicar esta diferencia mediante la observación de que los bebés estadounidenses –en contraste con los ugandeses– estaban demasiado habituados a las entradas y salidas de la madre. No obstante, era reacia a creer que la conducta de base segura –teóricamente un universal biológico– estuviera totalmente ausente en los niños de Baltimore, a pesar de que no se advertía en el entorno familiar.
3. Mostraron ineptitud en el manejo de los bebés en el 41% de los episodios observados por Ainsworth en los que cogieron a los pequeños, y sólo fueron «tiernas y atentas» en el 2% de los episodios, en marcado contraste con las madres de los niños seguros, que fueron tiernas y atentas el 53% del tiempo y sólo ineptas en muy raras ocasiones (Ainsworth *et al.*, citado en Main, 1995).

3 Mary Main
Representaciones mentales, metacognición y la Entrevista de Apego Adulto

Poco después de trasladarse a la Universidad de California en Berkeley a mediados de la década de 1970, Mary Main emprendió un ambicioso estudio longitudinal sobre el apego, centrado en el seguimiento del desarrollo desde la infancia hasta después de la adolescencia en los hijos de un grupo de familias de clase media. La fase inicial de este proyecto consistía en dos experimentos de Situación Extraña, uno con la madre y el otro con el padre. Cinco años después, Main empezó a desarrollar la segunda fase del estudio, consistente en evaluaciones grabadas en vídeo de 40 familias (Main, Kaplan y Cassidy, 1985). Esta investigación, prodigiosamente ingeniosa en su estructura, puso en marcha lo que se ha descrito como la «segunda revolución en los estudios del apego» (Karen, 1994, p. 216).

La primera ocurrió cuando se inventó la Situación Extraña, que brindó a los investigadores un procedimiento de laboratorio con el que podían obtener, en sólo 20 minutos, una valoración de la seguridad infantil equivalente a la que antes lograba el equipo de Ainsworth tras 72 horas de observaciones en el hogar. Recordemos que esa conducta era el principal objetivo de las investigaciones de Ainsworth. Como ha señalado Main, la valoración de la Situación Extraña se basaba en las observaciones de «la organización de los movimientos físicos del cuerpo del niño con respecto al del progenitor» (Main *et al.*, 1985, p. 93).

En cambio, el estudio de Main sobre niños de seis años y sus padres trasladaba el foco de interés desde el mundo exterior de la interacción interpersonal hasta el mundo interior de las

representaciones mentales. Su investigación estaba concebida para observar las relaciones objetales interiorizadas (por utilizar la frase psicoanalítica) que recapitulaban la historia de apego del individuo en una compleja red de recuerdos, emociones y creencias que, a su vez, modelaba la conducta de apego presente y futura.

Para contextualizar estos procesos, pensemos que Bowlby hizo dos aportaciones extraordinarias. En primer lugar, identificó el apego como un sistema conductual/motivacional peculiar, de carácter biológico y absolutamente fundamental; y en segundo lugar teorizó que las diferencias individuales en el funcionamiento del sistema de apego están inextricablemente asociadas a los «modelos funcionales internos» del yo y el otro en el individuo (Bretherton, 1985). Main iba a conseguir, con su investigación sobre la segunda aportación de Bowlby, algo semejante a lo que logró la investigación de Ainsworth con la primera. Al igual que la Situación Extraña había permitido que los investigadores desarrollaran exploraciones empíricas de la conducta de apego, las innovaciones de Main posibilitaron el estudio empírico del modelo funcional interno. De la misma manera que la Situación Extraña, en 1964, había abierto una ventana a los vínculos de apego de la infancia, la Entrevista de Apego Adulto –la principal aportación metodológica de Main– permitió que los investigadores empezaran a explorar, dos décadas después, el mundo interior del apego en los últimos años de la adolescencia y en la juventud posterior. Con todo, para captar plenamente la relevancia de las innovaciones de Main y los descubrimientos a los que condujeron, primero es preciso volver a los esfuerzos pioneros de Bowlby por comprender el mundo interior.

Bowlby y el modelo funcional interno

Como es de suponer, Bowlby no estaba satisfecho con la teorización psicoanalítica entonces vigente sobre el mundo interior de las representaciones mentales. En concreto, rechazaba la concepción kleiniana de que las relaciones objetales interiorizadas y las «fantasías» surgían de la mente infantil, en lugar de derivar –como él creía– de las interacciones del niño con las personas reales. También era reacio a describir el dinámico y cambiante mundo representacional con metáforas estáticas como «imágenes» o «mapas». Le interesaba más la teoría del «modelo funcional interno» formulada por Kenneth Craik, un gran innovador en el ámbito que daría en llamarse inteligencia artificial (Bretherton y Munholland, 1999):

> Si el organismo cuenta con un «modelo a escala reducida» de la realidad externa y de sus propias acciones posibles dentro de su cabeza, es capaz de ensayar diversas alternativas, concluir cuál es la mejor, reaccionar ante situaciones futuras antes de que se produzcan, utilizar el conocimiento de los sucesos pasados para afrontar el presente y el futuro, y reaccionar en todos los sentidos de una manera mucho más plena, segura y competente ante las emergencias que deba afrontar (Craik, 1943, p. 61).

Bowlby también estaba influido por el psicólogo cognitivo Jean Piaget, para quien las acciones del niño en relación con los objetos (agarrarlos, chuparlos o darles manotazos) generan conocimiento sobre el impacto que sobre él tiene el niño, conocimiento que se registra internamente como «esquemas». De la misma manera, señalaba Bowlby, la reiterada interacción del niño con los cuidadores genera conocimiento sobre el mundo interpersonal, un conocimiento que se registra internamente como modelo funcional.

> En el modelo funcional del mundo que construye cada individuo, un rasgo fundamental es su concepto de quiénes son sus figuras de apego, dónde las puede encontrar y cómo cabe esperar que reaccionen. Asimismo, en el modelo funcional del yo que construye cada individuo, un rasgo fundamental es su concepto de cuán aceptable o inaceptable es él mismo para sus figuras de apego. En la estructura de estos modelos complementarios se basan las previsiones de la persona sobre el grado de accesibilidad y receptividad que mostrarán las figuras de apego (Bowlby, 1973, p. 203).

Bowlby postuló que, desde la primera infancia, el modelo funcional del apego que desarrolla cada individuo le permite reconocer los modelos frecuentes de interacción con el cuidador y, por lo tanto, «saber» lo que va a hacer posteriormente dicho cuidador. Como el modelo funcional influye tanto las expectativas como en la conducta que de ellas se deriva, puede definir las interacciones y a la vez ser definido por ellas.

Los modelos más funcionales del apego son auténticos modelos «funcionales». Tienen un carácter provisional que los abre a la modificación sobre la base de la nueva experiencia. Tal vez esto explique la impresión clínica de que los pacientes «más sanos» son también los más capaces de utilizar la terapia para inducir el cambio en sí mismos. Los modelos inseguros de apego, en cambio, suelen ser más rígidos y menos abiertos, por lo que se ven forzados a encajar la nueva experiencia en las antiguas expectativas. Por ejemplo, un paciente elusivo que tiene la expectativa de rechazo puede interpretar la aceptación del terapeuta como consecuencia de la remuneración que recibe.

Por otro lado, Bowlby creía que los modelos funcionales internos tienen el potencial de «actualizarse» a la luz de los vínculos nuevos y alterados, o incluso en virtud de una conciencia intensificada. Además, observó que esos modelos a menudo son poco susceptibles de revisión, en parte porque con frecuencia operan al margen de la atención consciente y en parte por las defensas autoprotectoras (aunque contraproducentes).

¿Qué grado de estabilidad tienen estos modelos de apego? ¿Cuál es su estructura? ¿Cómo se desarrollan en la infancia y en los años posteriores? ¿En qué se diferencian los modelos seguros de los inseguros? En esta teoría se podían encontrar respuestas provisionales, pero este tipo de preguntas nunca había podido tratarse empíricamente hasta la investigación de Mary Main. Sus hallazgos darían lugar a una importante ampliación de la teoría de Bowlby sobre el modelo funcional interno.

Reconceptualización del modelo funcional interno

Tomando como punto de partida la obviedad de que «los procesos representacionales no pueden observarse directamente» (Main *et al.*, 1985, p. 78) y apelando a su genialidad, Main inventó una metodología de investigación que le permitiera «ver» lo que hasta entonces había sido invisible. Al igual que los arqueólogos logran visualizar civilizaciones que desaparecieron hace mucho tiempo a partir de los artefactos excavados, Main fue capaz de visualizar –a partir de lo que denominaba «artefactos representacionales»– los mundos interiores de los niños y padres que fue observando en su estudio longitudinal (Main, 1991, p. 130).

La búsqueda de esos artefactos representacionales se inspiraba en parte en la lingüística (que había sido el primer amor de Main [Karen, 1994]) así como en las pruebas proyectivas que habían dotado a Ainsworth de una ventana a la psique humana unos años antes de que conociera

a Bowlby. Tras colegir que el modelo funcional del apego en el individuo podía plasmarse en patrones característicos de narrativa, discurso e imaginación, así como de conducta, Main estructuró su investigación en consecuencia.

Y aportó algo sumamente influyente para los estudios posteriores del apego cuando ideó un protocolo de estructura flexible, «aparentemente sencillo», denominado Entrevista de Apego Adulto (AAI, por sus siglas en inglés), en el que pedía a los padres del estudio que recopilaran la historia de su relación con sus propios padres y reflexionaran sobre ella, incluyendo las experiencias de pérdida, rechazo y separación (Slade, 2000, p. 1152; George, Kaplan y Main, 1984, 1985, 1996). La AAI, originariamente concebida, en palabras de Main, para «sorprender al inconsciente», en cierto modo «prepara» el sistema de apego. Como tal, esta entrevista semiclínica ha resultado ser una herramienta poderosa para evaluar el apego en la edad adulta, así como la Situación Extraña sirve para valorar el apego en la infancia (Main, 1995, pp. 436-437).

No obstante, conviene señalar que la naturaleza del «apego» medido con estos dos instrumentos es, en cierto modo, diferente. Las categorías de la Situación Extraña captan el tipo de apego específico de un vínculo concreto, de modo que un niño puede, como sucede a menudo, clasificarse como seguro con un progenitor e inseguro con el otro. De hecho, se ha afirmado que el protocolo de la Situación Extraña identifica un vínculo más que un rasgo de la personalidad infantil. En cambio, dado que las clasificaciones del adulto son independientes de un vínculo concreto, Main (1995) ha sugerido que la AAI evalúa el «estado anímico general [del informante] con respecto al apego».1 (p. 437).

La AAI consiste en una serie de preguntas (y «sondeos» de seguimiento) que explícitamente dirigen la atención hacia los recuerdos relacionados con el apego. Después de pedirles una descripción general del vínculo con los dos progenitores en la infancia, se invita a los entrevistados a elegir los cinco objetivos o frases que mejor describan su relación con el padre y la madre y que, a continuación, ejemplifiquen cada uno de esos descriptores, uno tras otro, con recuerdos concretos: «*Cariñoso*, has utilizado la palabra cariñoso para describir tu vínculo con tu madre. ¿Podrías contarme algún recuerdo o incidente que ilustre por qué has elegido ese adjetivo?» (Main, 2000, p. 1078). A continuación, y a un ritmo bastante rápido, se plantea a los sujetos preguntas cada vez más complejas y detalladas (véase la Figura 3.1).

Aunque el principal colaborador de Main (su marido), Erik Hesse, señala que no se puede desarrollar una AAI adecuada a partir de una lista abreviada o modificada de preguntas como la que se presenta en la Figura 3.1, he observado que ese tipo de cuestionario puede resultar sumamente útil en el entorno clínico, sobre todo en la fase inicial del tratamiento. Recientemente, por ejemplo, me encontré con un paciente nuevo cuyos conflictos crecientes con su esposa suponían una amenaza para su matrimonio. Después de que describiera su relación con sus padres en términos encomiosos, le pregunté qué hacía de pequeño cuando tenía miedo o estaba disgustado. Aunque inicialmente se mostró incapaz de recordar esas sensaciones en la infancia, el paciente se percató de algo inquietante cuando trató el tema de las recientes terrores nocturnos de su hija de cuatro años. Así como la niña podía recurrir a la madre en busca de consuelo, él siempre había sabido que sus padres no estaban para atenderle en ese tipo de situaciones. Como de pequeño había aprendido a «superarlo», ahora le resultaba casi imposible reconocer sus sentimientos vulnerables; le era mucho más fácil enfadarse.

1. Para empezar, ¿podría orientarme un poco sobre su familia? Por ejemplo, ¿cuantos miembros tenía su familia inmediata, y donde vivían?
2. Ahora quisiera que intentara describir su vínculo con sus padres en la primera infancia, desde los primeros tiempos que recuerde.
3-4. ¿Podría describir con cinco adjetivos o frases su vínculo con su madre/padre durante la infancia? Yo los iré anotando y, cuando tengamos ya los cinco, le pediré que me diga qué recuerdos o experiencias le llevaron a elegir cada uno de ellos.
5. ¿Con cuál de sus progenitores prefería estar más cerca y por qué?
6. Cuando se disgustaba de niño, ¿qué hacía y qué ocurría? ¿Podría contarme alguna anécdota concreta en la que usted haya sufrido algún disgusto emocional? ¿Y algún daño físico? ¿Y alguna enfermedad?
7. ¿Puede escribir su primera separación de sus padres?
8. ¿Se sintió alguna vez rechazado en la infancia? ¿Qué hizo, y cree que sus padres se dieron cuenta de que le rechazaban?
9. ¿Sus padres y amenazaban alguna vez? ¿Por disciplina o de broma?
10. ¿Cree que sus primeras experiencias han influido en su personalidad adulta? ¿Hay aspectos que considere un revés para su desarrollo?
11. ¿Por qué cree que sus padres se comportaron así durante su infancia?
12. ¿Había otros adultos cercanos a usted, casi como padres, durante su infancia?
13. ¿Experimentó la pérdida de un progenitor o de otro ser querido durante la infancia, o en la edad adulta?
14. ¿Hubo muchos cambios en su vínculo con sus padres entre la infancia y la edad adulta?
15. ¿Cómo es su vínculo con sus padres en la actualidad?

Figura 3.1. Breve resumen del protocolo de la Entrevista de Apego Adulto extraído de George, Kaplan y Main (1996). La AAI no puede llevarse a cabo a partir de este resumen modificado del protocolo, que omite varias preguntas así como los sondeos de seguimiento crítico. El protocolo completo, junto con una amplia serie de instrucciones de aplicación, puede solicitarse por escrito a la profesora Mary Main, Department of Psychology, University of California at Berkeley, Berkeley, CA 94720. Datos procedentes de Hesse (1999). Copyright 1999, The Guilford Press. Reproducido con autorización.

Consciente de que el lenguaje puede ocultar tanto como revelar, y de que las representaciones internas son en gran parte inconscientes, y por tanto no verbalizables, Main centró su atención en el modo específico en que los padres del estudio empleaban las palabras, más que en las palabras concretas que utilizaban. Es decir, se fijó más en el proceso y la forma que en el contenido. Es precisamente este modo de comprender el mundo representacional –a través de la mayor atención al *cómo* que al *qué* se comunica– lo que ha conferido a su labor con la AAI un valor incalculable para los clínicos.

La investigación longitudinal2 de Main condujo a dos descubrimientos fundamentales que, en efecto, trasladaron la investigación del apego del nivel de la conducta al de la representación, de manera que este estudio cobró relevancia inmediata para los clínicos cuyo interés se centra en las emociones y las creencias que subyacen a la conducta del paciente. Ambos descubrimientos dependían de las inferencias de los artefactos representacionales (como las reacciones de los niños de seis años ante las fotos que representaban separaciones infantiles, o las transcripciones de las AAI de los padres), artefactos que supuestamente reflejaban las representaciones internas.

Al estudiar tales artefactos, Main detectó dos correlaciones sorprendentes. En primer lugar, observó una correlación entre la conducta del niño con su progenitor primario en la Situación Extraña a los 12 meses y la estructura del mundo interior de ese mismo niño cinco años después. En segundo lugar, detectó una correlación *intergeneracional* entre la conducta del niño en la Situación Extraña y el «estado anímico con respecto al apego» en el padre o la madre. Estos dos hallazgos –que muestran que los patrones infantiles de conducta no verbal pueden predecir los patrones representacionales– fueron esenciales para que Main desarrollara el concepto de modelo funcional interno formulado por Bowlby.

La conducta infantil y el mundo interior de los niños de seis años

El paralelismo estructural entre los patrones de comunicación madre–hijo que había observado Main en la Situación Extraña y los artefactos representacionales de los niños de seis años resultó bastante extraordinario.3 Veamos, a modo de ilustración, los siguientes minidiálogos que surgieron en respuesta a las fotografías de separación. Después de mostrar a cada niño una imagen que representaba una separación inminente de dos semanas, el investigador (cuyas palabras se muestran en cursiva) le preguntaba: «¿Qué haría un niño?».

> *Niño 1 (seguro en la infancia)*: Llorar. [Risas.] ¿Llorar? [Asentimientos con la cabeza.] ¿Y por qué va a llorar? Porque quiere mucho a su madre y a su padre. ¿Porque quiere mucho a su madre y a su padre? Mmm... ¿Y qué más va a hacer? Jugar un poco.
>
> *Niño 2 (elusivo en la infancia)*: No sé. ¿Qué puede hacer? ¡No sé! ¿No se te ocurre nada? Ay. Ay. [Voz alta ante el ruido del caballo de juguete.] No. ¿No? Uf. Siéntate, león.
>
> *Niño 3 (ambivalente en la infancia)*: Perseguirlos. ¿Perseguir a quién? A sus padres en su coche nuevo de juguete –psssshh– sale corriendo. ¿Y luego qué pasa? Y luego va, luego va... y coge un arco y una flecha y les dispara. ¿Dispara a sus padres? Sí. A lo mejor, si quiere.
>
> *Niño 4 (desorganizado en la infancia)*: Seguramente se esconderá. ¿Se esconderá? Sí. ¿Y luego qué pasa? Seguramente se encerrará en el armario. [Risa forzada.] ¿Se encerrará en el armario? Sí, yo me encerré en un armario (Main *et al*., 1985, pp. 103-104).

Las diferencias conductuales de los niños con la madre en la Situación Extraña predecían las correspondientes diferencias no sólo en los «relatos» de separación como los anteriores sino también en los dibujos de familia hechos por los niños de seis años, sus reacciones ante una fotografía de familia y su conducta durante el reencuentro tras una breve separación de los padres. En conjunto, tales resultados demostraban que «los diversos modelos de interacción madre-hijo debían de haber conducido al desarrollo no sólo de una *conducta diferente*, sino de *procesos representacionales distintos*» (Main, 2000, p. 1059). A la luz de este descubrimiento, se observa claramente que nuestros modelos funcionales del apego originarios se forjan en el crisol de nuestras primeras interacciones.

El mundo interior de los padres y la conducta del niño: la Entrevista de Apego Adulto y la Situación Extraña

El segundo descubrimiento de Main indica que los modelos funcionales internos de los *padres* ejercen una influencia decisiva en la calidad de las interacciones formativas que definen, a su vez, nuestros propios modelos funcionales. Main observó una correlación significativa entre la seguridad del apego en los niños de su estudio (según se había evaluado en la Situación Extraña cinco años antes) y el «estado anímico con respecto al apego» de los padres (según se desprendía de la AAI).

Más en concreto, las clasificaciones de la Situación Extraña predecían los resultados de la AAI (Main *et al*., 1985). Es importante señalar que también se ha demostrado la correlación inversa. En otras investigaciones posteriores desarrolladas por Main y reproducidas por numerosos investigadores de todo el mundo, se ha demostrado que la clasificación de los padres en la AAI predice la clasificación de la Situación Extraña en el niño con un grado de precisión del 75% en lo que respecta a la seguridad frente a la inseguridad. Sorprendentemente, tales predicciones tienen la misma precisión cuando se administra la AAI a los padres *antes del nacimiento de sus hijos* (van IJzendoorn, 1995).

Recordemos que la AAI «prepara» el sistema de apego tanto como la Situación Extraña. De

este modo, tiene el potencial de generar una experiencia sumamente evocadora, si no estresante, para el entrevistado, que tiene una amplia oportunidad de demostrar (o de no demostrar) la capacidad de sostener un «discurso coherente», rasgo que Main identificaba como el signo distintivo de un estado anímico seguro con respecto al apego. Se observaba un discurso coherente en las transcripciones de AAI que eran internamente consecuentes, verosímiles y colaborativas (Main, 1991, 1995).

El estudio de Main puso de relieve algunas diferencias asombrosas entre las transcripciones de AAI de padres que habían criado hijos con apego seguro y las de aquellos cuyos hijos eran inseguros. Las primeras reflejaban claramente la capacidad de los padres de colaborar con el entrevistador, así como su facilidad para el recuerdo, la reflexión y la objetividad mientras exploraban sus propias historias de apego. Precisamente por su objetividad en los vínculos de apego –cuya importancia e influencia reconocían de inmediato–, Main los describió como individuos dotados de un estado anímico «seguro/autónomo» con respecto al apego.

En marcado contraste con la situación anterior, los padres de los niños inseguros mostraban en las transcripciones de AAI un patrón general de dificultad para mantener un discurso coherente y colaborativo. Asimismo, se observaban tres patrones *específicos* de incoherencia y falta de colaboración, que reflejaban los correspondientes patrones de conducta insegura en la Situación Extraña. Se describió a los padres de los niños elusivos con el término «negadores», porque tendían a minimizar el valor y la influencia del apego y a insistir en que no recordaban experiencias relacionadas con el mismo. A los padres de los niños ambivalentes se los caracterizó como «preocupados», porque experimentaban los apegos del pasado como factores que se inmiscuían continuamente en el presente. Por último, se definió a los padres de los niños desorganizados como «irresolutos/desorganizados», debido a que se mostraban intermitentemente desorganizados o desorientados al reflexionar sobre los traumas de etapas anteriores (Main *et al.*, 1985; Main, 1991, 1995, 2000; Siegel, 1999). Véase el resumen de estas categorías en la Figura 3.2.

Estado anímico adulto con respecto al apego	**Conducta infantil en la Situación Extraña**
Seguro/autónomo (F) Discurso coherente colaborativo. Se valora el apego, pero parece objetivo con respecto a cualquier acontecimiento/vínculo particular. La descripción y evaluación de las experiencias relativas al apego es coherente, tanto si las experiencias son favorables como si son desfavorables. El discurso no infringe de manera notable las máximas de Grice.	Seguro (B) Explora la habitación y los juguetes con interés en los episodios de preseparación. Muestra signos de que echa de menos al progenitor durante la separación, y suele llorar antes de la segunda separación. Predileccion obvia por el progenitor antes que el desconocido. Saluda al progenitor de forma activa, normalmente iniciando el contacto físico. Por lo general mantiene cierto contacto antes del segundo reencuentro, pero luego se calma y vuelve a jugar.
Negador (Ds) No coherente. Negación de los vínculos y las experiencias de apego. Normalización («madre excelente, muy normal»), con representaciones generalizadas de la historia no refrendadas o rotundamente desmentidas por episodios relatados, con la consiguiente infracción de la máxima de cualidad de Grice. Las transcripciones suelen ser excesivamente breves, lo que infringe la máxima de cantidad.	Elusivo (A) No llora al separarse del progenitor. Evita e ignora activamente al progenitor en el reencuentro (por ejemplo, alejándose, dándole la espalda o extendiendo los brazos hacia fuera cuando lo cogen). Poca o nula proximidad o búsqueda de contacto, ausencia de angustia y de ira. La reacción ante el progenitor parece poco emotiva. Se centra en los juguetes o en el entorno durante todo el procedimiento.

Preocupado (E) No coherente. El hablante, preocupado por los vínculos/experiencias de apego del pasado, se muestra enfadado, pasivo o temeroso. Las frases suelen ser largas, de sintaxis enmarañada, o llenas de expresiones vagas («dadadada», «y eso»), lo que infringe las máximas de modo y relación de Grice. Las transcripciones suelen ser excesivamente largas, de manera que infringen la máxima de cantidad.	Resistente o ambivalente (C) Puede mostrarse precavido o afligido ya antes de la separación, con muy poca exploración. Preocupado por el progenitor durante todo el procedimiento; puede mostrarse enfadado o pasivo. No se tranquiliza ni se consuela tras el reencuentro con el progenitor, y suele seguir prestando atención al progenitor y llorando. No reanuda la exploración tras el reencuentro.
Irresoluto/desorganizado (U) Durante las conversaciones sobre la pérdida o el abuso, el individuo muestra algunos lapsus sorprendentes en el desarrollo del razonamiento o el discurso. Por ejemplo, puede indicar por un instante la creencia de que una persona muerta esta viva en el sentido físico, o que esta persona murió como consecuencia de un pensamiento infantil. Puede también sumirse en un silencio prolongado o en un discurso laudatorio. Por lo demás, el hablante suele encajar en las categorías Ds, E o F.	Desorganizado/desorientado (D) El niño muestra conductas desorganizadas y/o desorientadas en presencia del progenitor, lo que sugiere una suspensión temporal de la estrategia conductual. Por ejemplo, el niño se paraliza con una expresión como de trance, con las manos levantadas; se pone de pie cuando entra el progenitor, y luego cae boca abajo y se acurruca en el suelo; o se aferra mientras llora y aparta la mirada. Por lo demás, el niño suele encajar en las categorías A, B o C.

Figura 3.2. Las clasificaciones de la AAI y los correspondientes patrones de conducta infantil en la Situación Extraña. Las descripciones del sistema de clasificación del apego adulto son un resumen de los datos recogidos en Main, Kaplan y Cassidy (1985) y Main y Goldwyn (1984-1998). Las descripciones de las categorías infantiles A, B y C son un resumen de los datos recogidos en Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), y la descripción de la categoría infantil D es un resumen realizado a partir de Main y Solomon (1990). Datos procedentes de Hesse (1999). Copyright 1999, The Guilford Press. Reproducido con autorización.

El estudio de Main puso de manifiesto una innegable correspondencia entre el «modo de discurso» de los padres en la AAI –es decir, la manera en que reflexionaban sobre su propia experiencia de apego– y la conducta de apego del hijo en la Situación Extraña. Cabe colegir que la capacidad parental de reflexionar de modo coherente sobre el pasado influirá de manera significativa en la capacidad de inculcar seguridad en los hijos. Y, como veremos enseguida, la seguridad de nuestro propio «estado anímico con respecto al apego» puede depender, en última instancia, no tanto de determinados hechos concretos de la historia personal, por muy problemáticos que sean, cuanto del empeño por comprender esa historia.

Los modelos funcionales como «reglas», no como «plantillas»

A Main le impresionó el asombroso paralelismo observado en su estudio entre (1) los patrones de conducta no verbal de los niños en la primera infancia, (2) las representaciones del apego en los niños de seis años, y (3) la forma y el contenido del discurso de los padres durante la AAI. Ilustró este paralelismo con un ejemplo:

> El niño pequeño inseguro-elusivo se aparta, se aleja del progenitor y lo elude en la Situación Extraña y, cinco años después, se aparta de los recordatorios representacionales de la misma figura parental. En el discurso con el niño, el padre o la madre se centra en los objetos y las actividades, formula preguntas retóricas y concede (al igual que el niño) escasas oportunidades de cambio de turno o desarrollo del tema. Por último, durante la Entrevista de Apego Adulto, el padre o la madre del niño elusivo suele declarar su incapacidad de recordar los acontecimientos de la infancia y/o desestima o infravalora tales acontecimientos como influencias probables. La falta de atención selectiva a las pistas potenciales que suscitan el apego o recuerdan el vínculo parece una norma común a los dos progenitores (Main *et al.*, 1985, p. 100).

Main proponía que no se concibieran los modelos funcionales internos como plantillas –a semejanza del yo interiorizado y las imágenes de objeto en la teoría psicoanalítica– sino como «*procesos estructurados* que sirven para obtener o limitar el acceso a la información» (Main

et al., 1985, p. 77, la cursiva es mía). A partir de la formulación inicial de Bowlby, Main redefinió el modelo funcional interno como

> un conjunto de reglas conscientes y/o inconscientes para la organización de la información relevante para el apego. [...] [E]l apego seguro y los diversos tipos de organización de apego inseguro se entienden mejor como términos que designan tipos específicos de modelos funcionales internos [...] *que no sólo rigen los sentimientos y la conducta sino también la atención, la memoria y la cognición*. [...] Las diferencias individuales en [...] los modelos funcionales internos *no sólo guardan relación con las diferencias individuales en los patrones de conducta no verbal sino con los patrones de lenguaje y las estructuras de la mente* (p. 67; la cursiva es mía).

Main conjeturó que las reglas que interiorizamos en nuestros primeros vínculos surgen inicialmente de nuestra experiencia de lo que «funciona» en relación con determinadas figuras de apego. Estas «reglas de apego» son normas vitales, dado que surgen de la interacción entre el sistema de apego, biológicamente definido y orientado a la supervivencia, y la realidad del vínculo parental que experimentamos. Con anterioridad, Main había teorizado que las diversas conductas comunicativas de los niños elusivos y ambivalentes podían interpretarse como un reflejo de diversas *estrategias adaptativas* para optimizar el apego con unos padres que eran previsiblemente poco receptivos, por un lado, o imprevisiblemente receptivos, por otro (Main, 1981, 1995). Tras este nuevo estudio añadió que las reglas inicialmente plasmadas en una estrategia «conductual/comunicativa» también generan, con el tiempo, una estrategia «representacional/atencional» que determina la amplitud y la naturaleza de nuestro acceso a los sentimientos, deseos y recuerdos asociados al apego. Al igual que Ainsworth había equiparado el apego seguro a un equilibrio flexible de apego y exploración, Main identificó la flexibilidad del foco, el afecto, el pensamiento y el recuerdo como rasgos de seguridad, al observar que las díadas más seguras de su estudio eran también las más libres de «regularidades y pautas predecibles y "normales"» (Main et al., 1985, p. 101; Main, 1995).

La consideración de las pautas comunicativas de la primera infancia como estrategias de representacionales incipientes, orientadas a impulsar (o no entorpecer) los vínculos de apego, clarifica enormemente los mundos inter e intrapersonales. En la Situación Extraña, Ainsworth había observado las diversas conductas comunicativas, caracterizadas por la flexibilidad (en los niños de apego seguro) o por la inhibición o amplificación (en los niños de apego inseguro). La obra de Main indicaba que esos patrones divergentes de comunicación interpersonal se reflejaban en las correspondientes pautas, asimismo diversas, de comunicación de los niños consigo mismos.

Los niños seguros, con la confianza que les infundía una madre receptiva, podían sintonizar con sus propios sentimientos y necesidades asociados al apego. Podían tomar conciencia de ellos y expresarlos. Los niños elusivos, cuya expectativa era el rechazo de la madre y su propio enfado como reacción, no podían tomar conciencia de sus sentimientos y necesidades asociados con el apego, ni expresarlos; de ahí la estrategia elusiva de inhibir o minimizar tales experiencias internas. Los niños ambivalentes, en respuesta a la imprevisible disponibilidad de la madre, aparentemente desarrollaban una estrategia para amplificar o maximizar tanto la conciencia como la expresión de los sentimientos y necesidades asociados al apego, como para asegurarse la continuidad de la atención y el cuidado.

Main añade otro dato crucial: las reglas que se plasman en dichas estrategias representacionales/atencionales/conductuales se implementan *activamente*. El niño elusivo,

por ejemplo, no permanece ajeno a la madre. La desdeña o la ignora activamente, centrando su atención en los juguetes, como para distraerse de la ansiedad suscitada por la Situación Extraña y la angustia de anhelar un consuelo materno que ha aprendido a no esperar. Podemos inferir que este niño hiperactiva su sistema exploratorio como para inhibir un sistema de apego cuyo resultado no ha sido bien recibido. De manera similar, el niño ambivalente no está solo preocupado por la madre. Busca activamente el contacto y restringe su atención al control del paradero de la madre; prescinde por completo de los juguetes y parece examinar el entorno interpersonal, atento al menor indicio que amplifique su angustia. Cabe inferir que hiperactiva su sistema de apego para captar la imprevisible atención de la madre y para inhibir la exploración autónoma que dicha madre suele obstaculizar (Main, 1995, 1999).

A semejanza de estos niños, nuestros pacientes adultos reafirman su adhesión a las «reglas de apego». Por ejemplo, en los pacientes que se hallan en un estado anímico negador con respecto al apego, es común que su atención se vea monopolizada por las necesidades ajenas, propiciando así la habitual negación de sus propias necesidades emocionales insatisfechas. Del mismo modo, a los pacientes que se hallan en un estado anímico preocupado les obsesionan las dudas sobre el compromiso de su pareja, lo que propicia una falta de atención a sus propios anhelos autónomos.

La implicación clínica es que nuestros pacientes pueden desplegar inconscientemente su atención de modos que refuerzan y «justifican» en un plano subjetivo sus expectativas anteriores y su conducta actual. Para generar lo que Main ha denominado «seguridad sentida secundaria», estos adultos tienen que adoptar una «estrategia alternativa» para mantener la proximidad (pero también la autoorganización) en relación con los padres escasa o imprevisiblemente receptivos (Main, 1995, p. 462). Sería interesante, en este sentido, considerar que gran parte de los pensamientos, sentimientos, recuerdos y conductas que observamos en nuestros pacientes (y en nosotros mismos) ha surgido y perdura con el fin de preservar modelos funcionales del apego trasnochados pero persistentes.

La «adhesividad» de estos modelos ha sido durante mucho tiempo un foco de interés esencial para los clínicos e investigadores. Freud, como es sabido, puso de relieve la «compulsión repetitiva», mientras que Bowlby (1980) hizo hincapié en el «carácter autoperpetuante» de los modelos funcionales internos. En sus reflexiones sobre la investigación, Main atribuía la estabilidad de estos modelos –en particular, los inseguros– al contexto crítico de supervivencia en el que se originaban, pues (1) es difícil renunciar a las reglas que han permitido la supervivencia del individuo y (2) las reglas motivadas por los modelos funcionales internos operan a lo largo del tiempo para preservar tales modelos. Dichas reglas –que determinan lo que los individuos perciben, sienten, recuerdan y hacen– se implementan de forma estricta porque su vulneración cuestiona los estados anímicos y los modos de ser que han posibilitado la supervivencia emocional. Así pues, los modelos concretos de apego inicialmente desarrollados en los niños seguros, elusivos, ambivalentes o desorganizados tienden, con el tiempo, a perpetuarse activamente mediante los correspondientes patrones de conciencia, experiencia afectiva y conducta (incluida, más adelante, la conducta parental).

La transmisión intergeneracional de los patrones de apego

Los patrones de apego, como se ha señalado anteriormente, presentan una fuerte propensión a persistir a lo largo de varias generaciones. Tras la investigación inicial de Main, van IJzendoorn (1995) dirigió un metaanálisis de los estudios comparables de que se disponía en la época (que incluían 18 muestras de seis países) y concluyó que la clasificación de los padres en la AAI solía predecir la clasificación de sus hijos en la Situación Extraña. Por lo general, el niño seguro llegaba a ser un adulto seguro que, como padre, criaba niños seguros. Asimismo, cabe esperar que el niño elusivo llegue a ser un adulto negador cuyos hijos tiendan también a ser elusivos, y así sucesivamente. De manera similar, el único estudio que explora la evolución del apego a lo largo de tres generaciones sugiere que las clasificaciones del apego de las abuelas tienden a corresponderse no sólo con las de las hijas adultas sino con las de los hijos de las hijas (Benoit y Parker, citado en Hesse, 1999). Cómo y por qué se produce esta transmisión intergeneracional del apego es una cuestión crucial para los investigadores y los clínicos. Es también una pregunta cuya respuesta tiene implicaciones significativas para la crianza de los hijos.

La investigación de Main indicaba que el apego seguro era consecuencia de la flexibilidad de los padres, que engendraba flexibilidad en los hijos. Con un amplio repertorio conductual y afectivo, y pocas restricciones para el despliegue de su atención, los padres seguros estaban bien dotados para aportar una receptividad sensible ante las señales de sus hijos, un elemento que, según demostraron Ainsworth y otros investigadores, desempeña un papel esencial en la generación de la seguridad.

En cuanto a la inseguridad, Main conjeturó que, en relación con los hijos, los padres negadores y preocupados se comportaban de modos inconscientemente calculados para preservar sus propios estados anímicos con respecto al apego. Tales estados anímicos surgían inicialmente, en los padres, como respuesta a su necesidad acuciante de sentir la proximidad de sus propios padres. Todo cuestionamiento de tales estados anímicos –incluidos los aspectos de su conducta durante la primera infancia– constituían una amenaza ante la cual dichos padres se protegían mediante reglas que dictaban una atención selectiva o una receptividad discorde. Lamentablemente, las mismas restricciones de la atención y la conducta que protegían a los padres inseguros también socavaban su capacidad de ser sensibles a las señales de sus hijos. Como reacción, estos niños adoptaban reglas que reflejaban las de sus padres. Así, los niños elusivos minimizaban la conducta de apego y maximizaban la exploración del entorno no humano, mientras que los preocupados maximizaban la conducta de apego y minimizaban la exploración autónoma.

A diferencia de los niños seguros, elusivos y preocupados, se creía que los desorganizados tenían una experiencia reiterada de los padres como individuos aterradores, a menudo por el maltrato que les infligían, pero a veces porque, en la relación con sus hijos, se mostraban amedrentados y/o disociados. La investigación de Main sobre los datos obtenidos con el método de la AAI puso de manifiesto que los padres desorganizados eran víctimas de experiencias no resueltas de traumas o pérdidas infantiles.

Estas experiencias abrumadoras, que nunca se habían procesado conscientemente, perduraban en un estado disociado, latente, pero susceptible de activarse en determinados contextos que alteraban el estado emocional. Al enfrentarse a estímulos que evocaban el trauma o la pérdida –por ejemplo, la angustia, las exigencias o la ira de los hijos–, estos padres

irresolutos se veían desbordados por las experiencias (anteriormente) disociadas que, a menudo, desencadenaban una conducta aterradora para los niños. Estos niños se encontraban atrapados en una contradicción paralizante, pues recurrían reflexivamente a los padres en busca de seguridad, al tiempo que el miedo a los padres les infundía el deseo de huir. Las reiteradas experiencias de este tipo conducían a la desorganización durante la infancia y, posteriormente, a una conducta controladora de inversión de roles con los padres como medio para «resolver» la contradicción irresoluble. El legado de la pérdida o el trauma no resueltos de los padres generaba, por lo tanto, un trauma encapsulado y difícil de resolver en los hijos, tal como se ilustra en el ejemplo siguiente.

Hace algún tiempo estuve explorando con un paciente su terror visceral a los procedimientos médicos de todo tipo (en más de una ocasión se había desmayado ante la perspectiva de que le extrajeran sangre). Le pregunté quién lo llevaba al médico cuando era pequeño. «Mi madre», respondió. Había trabajado durante varios años con este hombre, pero hasta entonces nunca me había contado la historia que entonces me relató, una historia que empezaba a explicar su miedo persistente:

> «Mi madre tenía cinco años cuando su madre fue al hospital para someterse a una intervención quirúrgica supuestamente rutinaria. Murió allí bajo el bisturí, pero a mi madre nunca le contaron que su madre había muerto. La mandaron a vivir con unos familiares después de oír que su padre decía que su madre estaba demasiado enferma para ocuparse de ella. Posteriormente, a los ocho años, su padre volvió a casarse y mamá volvió a casa. Pero cuando le presentaron a la nueva mujer de su padre, él se limitó a decirle: "Ésta es tu madre". Y ella lo creyó. Pero años después supo la verdad».

Para explicar cómo se transmite de padres a hijos este tipo de trauma, Main conjeturó que la fuerza del imperativo del apego es tan inmensa que, aunque el coste para el desarrollo sea exorbitante, los niños siempre responden con el fin de preservar el statu quo psicológico de los padres. Del mismo modo, a medida que crecen los hijos, los padres suelen contribuyen a mantener los esquemas interactivos que refuerzan los estados anímicos compartidos.

Por ejemplo, los padres irresolutos acogen de buen grado la conducta de inversión de roles de sus hijos desorganizados, porque dicha conducta encaja con sus propias necesidades emocionales. Después de aprender años antes a responder de forma solícita o punitiva a sus propios padres, ahora pueden «propiciar» la misma respuesta en sus hijos, porque así se preservan los patrones internos interpersonales inicialmente indispensables. Así pues, la necesidad parental (a menudo inconsciente) de perpetuar estos rígidos patrones de atención y conducta inculca en los hijos unos esquemas asimismo rígidos. Main teorizó que éste era el mecanismo que explicaba la transmisión intergeneracional del apego inseguro (Main, 1995).

Sin embargo, esta cuestión permanece abierta. En el metaanálisis anteriormente mencionado, van IJzendoorn (1995) sometió los estudios relevantes a un complejo enfoque estadístico y concluyó que los investigadores del apego se enfrentaban a lo que adecuadamente denominó «brecha de la transmisión» (p. 387). La naturaleza de la receptividad sensible del cuidador –durante mucho tiempo considerada el fundamento del apego, seguro o inseguro– explicaba en parte, pero no del todo, cómo y por qué los modelos funcionales de los padres tendían a ser los modelos funcionales de los hijos. Curiosamente, fue Mary Main quien introdujo en el campo del apego, en 1991, dos conceptos fundamentales –el *conocimiento metacognitivo* y el *monitoreo metacognitivo*– que retomaría posteriormente Peter Fonagy

para solventar la llamada brecha de la transmisión.

Metacognición: pensar sobre el pensamiento y representar el mundo representacional

Main, en el intento de cartografiar los mundos representacionales de los bebés, los niños de seis años y los adultos de su estudio, se basó en el concepto de modelo funcional interno de Bowlby. Sin embargo, en un determinado momento se percató de que eran sólo los individuos seguros quienes realmente tenían un «modelo» de apego singular. Su experiencia con un cuidador sensible y coherente, que les aportaba una base segura, había generado la expectativa relativamente estable de que los demás serían receptivos a sus necesidades.

En cambio, los individuos inseguros habían crecido con padres que no les aportaban una base segura, sino que resultaban desdeñosos, impredecibles o aterradores. Para describir las representaciones contradictorias, incoherentes y disociadas del apego resultantes de este tipo de experiencias desfavorables, Main utilizó el término «modelos múltiples». En este punto seguía los pasos de Bowlby: «[L]a hipótesis de los modelos múltiples, uno de los cuales es muy influyente pero relativa o totalmente inconsciente, no es más que una variante, en términos distintos, de la hipótesis freudiana del inconsciente dinámico» (Bowlby, citado en Main, 1991, p. 132).

A diferencia de los modelos integrados «singulares» de los individuos seguros, que impulsan la flexibilidad y la accesibilidad de la información asociada al apego, los modelos múltiples –es decir, los incompatibles o conflictivos– imponen una restricción defensiva de la atención con el fin de abordar el problema de «saber lo que supuestamente no se debe saber y sentir lo que supuestamente no se debe sentir», en palabras de Bowlby (1988, p. 99). Tal como hemos visto, esta rígida exclusión de los pensamientos y sentimientos amenazadores obstaculiza la capacidad de los padres inseguros de responder con sensibilidad a las señales de los hijos. Necesariamente socava también la capacidad estos padres de dar un paso atrás y reflexionar sobre su propia experiencia.

Según Main, la consideración de los modelos múltiples la llevó directamente a la *metacognición* (Main, 1991). Y es aquí donde Main nos conduce directamente a la cuestión crucial, desde el punto de vista clínico, de la actitud del yo ante la experiencia, que incluye, en particular, la experiencia mental. La metacognición, inicialmente investigada por los psicólogos cognitivos, es la cognición sobre la cognición: el pensar sobre el pensamiento. Conlleva la capacidad, parafraseando a Main, de valorar la «naturaleza *meramente* representacional» de nuestras propias representaciones mentales (o de las ajenas).

Main recalcó la distinción entre la representación («Soy una persona poco memorable») y la metarepresentación o la metacognición («Soy una persona que a menudo siente que es poco memorable; no sé muy bien por qué»). Con la capacidad operativa de la metacognición, podemos observar que nos encontramos con un determinado estado anímico; a falta de tal capacidad, es como si sencillamente fuéramos ese estado anímico. Main distingue además entre el «conocimiento metacognitivo» y el «monitoreo metacognitivo».

El *conocimiento metacognitivo* conlleva esencialmente la capacidad de captar lo que los científicos cognitivos denominan la distinción entre apariencia y realidad, sin la cual es

imposible comprender que nuestras ideas y percepciones pueden no ser válidas, o que las creencias de los demás pueden no ser ciertas. En la medida en que nuestros pacientes no son conscientes de la «naturaleza falible del conocimiento», su deseo y su capacidad de reflexionar sobre la experiencia suelen ser limitados (Main, 1991, p. 134). Por ejemplo, un paciente hizo una afirmación inequívoca que me pareció bastante poco verosímil. Cuando expresé curiosidad por su convicción, dijo que simplemente tenía la sensación de que era cierto. Entonces añadió con decisión, como si fuera la última palabra sobre el tema: «¿Acaso las sensaciones no son los hechos primordiales?».

Para el terapeuta, la capacidad de comprensión metacognitiva de los dos miembros de la pareja terapéutica es crucial para propiciar que los pacientes cambien. Pues este tipo de comprensión es lo que nos permite responder de manera reflexiva, y no como un acto reflejo, es decir, sopesando los complejos significados de los sentimientos, creencias y deseos en lugar de valorarlos ciegamente de una manera más superficial e inmediata.

Más allá de la distinción entre apariencia y realidad, el conocimiento metacognitivo posibilita una valoración del *cambio representacional* (la idea de que las creencias y los sentimientos pueden cambiar a lo largo del tiempo) y la *diversidad representacional* (el reconocimiento de que, en relación con la misma circunstancia, otras personas pueden tener creencias y sentimientos que difieren de los nuestros aunque son asimismo válidos). De una manera más fundamental, el conocimiento metacognitivo posibilita la conciencia de que nuestra experiencia continua está profundamente influida por los estados mentales subyacentes, entre los que se incluyen lo que creemos, sentimos y deseamos.

Tal conocimiento aporta las bases de lo que Main denominaba *monitoreo metacognitivo*. El monitoreo metacognitivo conlleva una actitud de introspección activa que nos sitúa a la vez dentro y fuera de nuestra experiencia. Esta actitud reflexiva nos permite retroceder desde la experiencia con el fin de detectar ciertos aspectos de nuestras ideas sobre la experiencia que puedan ser contradictorios, sesgados o poco verosímiles. También tiende a impulsar los esfuerzos por comprender o resolver tales contradicciones o «errores» potenciales. Así pues, el monitoreo metacognitivo entraña la curiosidad por los hábitos mentales que modelan nuestra experiencia y la observación de los mismos. En el contexto de la AAI, se observó que algunas manifestaciones del monitoreo metacognitivo eran marcadores de apego seguro, mientras que los fallos en dicho monitoreo en los padres predecían la desorganización en los hijos (Main, 1995).

Main conjeturó que las capacidades metacognitivas fuertes, en los niños con suficiente edad para haberlas adquirido, pueden tener el potencial de disminuir el impacto destructivo de la experiencia de apego desfavorable, incluido el trauma. Por supuesto, lo mismo cabe decir de los adultos. A la inversa, observó que la *falta* de metacognición en los niños pequeños, determinada por el desarrollo, intensificaba su vulnerabilidad ante el impacto de los acontecimientos problemáticos asociados al apego. Y lo mismo sucede en el caso de los adultos que no han desarrollado la metacognición o la han inhibido de manera defensiva. Aunque la metacognición influía en el grado de resiliencia o vulnerabilidad, a Main le parecía que no estaba resuelta la cuestión de la *centralidad* global de este concepto en relación con el apego.

Tenía bastante claro que la capacidad funcional de la metacognición se asociaba con la

seguridad, y su falta con la inseguridad. No obstante, no estaba en condiciones de declarar si la metacognición impulsaba el apego seguro, o si el apego seguro impulsaba la metacognición, sencillamente porque no se habían emprendido todavía las investigaciones necesarias para resolver este enigma. Por motivos similares (y a pesar de que un alto resultado en el monitoreo metacognitivo de los padres durante la AAI se asociaba con el apego seguro los hijos), Main no podía atribuir con total certeza un papel decisivo al grado de metacognición de los padres en la determinación del apego seguro o inseguro en los hijos (Main, 1991). Sin embargo, varios años después, Peter Fonagy –un psicoanalista que investigaba el apego desde la otra orilla del Atlántico– pudo defender dicha tesis. Para ello amplió el concepto de metacognición de Main a la luz de la capacidad psicoanalítica de lo que se conoce como «teoría de la mente» (Fonagy et al., 1995).

1. Es importante señalar que este «estado», según se ha observado en las investigaciones de Main (y otros autores), presenta estabilidad a lo largo del tiempo, hasta tal punto que puede describirse como un rasgo, aunque en modo alguno un rasgo inmutable.
2. Recordemos que, en la segunda fase de su estudio longitudinal, Main y sus colegas habían emprendido en 1982 la evaluación de 40 familias en grabaciones de vídeo de dos horas de duración. El proceso de evaluación de los niños de seis años y sus padres, basado en la separación y el reencuentro, estaba específicamente concebido –como la Situación Extraña en sí– para activar el sistema de apego. A la llegada al centro de investigación se pedía a cada familia que posara para una fotografía Polaroid. Después se mostraba a toda la familia una pequeña película que representaba dramáticamente en momento en que un niño de dos años se separaba de sus padres (Robertson y Robertson, 1971). Después venía la separación en tiempo real: Al niño de seis años lo llevaban a un cuarto de juego, mientras el padre y la madre se sometían por separado a la AAI en otros despachos. Entretanto, el niño de seis años participaba durante 20 minutos en una sesión de «calentamiento» con una examinadora que procedía a mostrar al niño una serie de seis fotografías de niños que estaban a punto de separarse de sus padres. Después de cada fotografía, se preguntaba al niño que sentían los niños de la fotografía y qué iban a hacer cuando sus padres se fueran. Entonces la examinadora mostraba al niño la fotografía Polaroid que habían sacado antes, y decía: «Pero aquí tengo una fotografía donde estás tú con tu familia y, como ves, estáis juntos» (Main et al., 1985, p. 89). También se pedía al niño que dibujase a la familia. Por último, después de dejar al niño durante un rato jugando libremente en el cajón de arena, regresaba el primer progenitor. El reencuentro duraba tres minutos, tras lo cual volvía el segundo progenitor que permanecía durante tres minutos más.
3. Las predicciones de las representaciones del apego en los niños de seis años a partir de la Situación Extraña con la madre oscilaban entre el 68% y el 88%. Curiosamente, sólo la conducta y el discurso del reencuentro se correlacionaban significativamente con la conducta de la Situación Extraña con el padre (Main, 1995).

4 Fonagy y otros autores posteriores

Main ha señalado que Fonagy y ella, cada uno por su cuenta, se interesaron por la *teoría de la mente* (Main, comunicación personal, 2004). Este término designa los modos en que todos nosotros, en diversos grados, explicamos nuestra propia conducta y la de los demás en función de los estados mentales subyacentes, entre los que se incluyen las creencias, las emociones y los deseos. La idea es que, desde la infancia, desarrollamos una «teoría» que nos permite entender y, hasta cierto punto, predecir lo que van a hacer los demás a la luz de lo que pensamos que ocurre en su mente. Fonagy tal vez se inspiró en la misma bibliografía de la teoría de la mente que influyó en Main, pero su lectura de dichos textos condujo a una conceptualización mucho más amplia.

Peter Fonagy: la mentalización, los modos de la experiencia y los orígenes intersubjetivos del yo

En su cargo de profesor ayudante en el University College de Londres, hace más de un cuarto de siglo, Fonagy fue designado como persona de contacto para organizar los seminarios y consultas del profesor visitante que ocupó en 1980 la cátedra Freud Memorial de Psicoanálisis, nada menos que John Bowlby. Fonagy (que hoy ocupa esa misma cátedra Freud Memorial) dice que, durante las clases a las que asistió aquel año, Bowlby le entusiasmó no sólo por sus ideas, sino también por sus profundas preocupaciones sociales:

> Bowlby estaba profundamente comprometido con el bienestar de la gente menos privilegiada que él. Me impresionó

> enormemente su visión de las cosas, su forma de combinar la ciencia, el interés por el individuo y la subjetividad individual, además de prestar atención a las fuerzas y presiones sociales. Ése es para mí el aspecto más importante y fascinante de la teoría del apego. (Fonagy, comunicación personal, 2006).

Varios años después, en colaboración con Miriam y Howard Steele, Fonagy emprendió un estudio sobre la transmisión transgeneracional de los patrones de apego. En el desarrollo del trabajo, Fonagy y sus colegas contaron con el asesoramiento de Bowlby. También recibieron formación sobre el método de la AAI a cargo de Mary Main.

La mentalización y la escala de «funcionamiento reflexivo»

Inspirándose inicialmente en el trabajo innovador de Main, Fonagy intentó operacionalizar las ideas de esta autora sobre las diferencias individuales en cuanto a las capacidades metacognitivas. Pero así como Main se había centrado en el automonitoreo del pensamiento y el recuerdo en el adulto durante la AAI, Fonagy (basándose en la teoría de la mente) amplió el foco de interés para incluir la atención del adulto hacia los estados mentales en general, y en particular los estados mentales de los demás (Fonagy, Steele y Steele, 1991a). Fonagy explicaría posteriormente que el rasgo distintivo de la capacidad que denominó *mentalización* –es decir, «el proceso por el cual nos percatamos de que tenemos una mente que media en nuestra experiencia del mundo»– no era el autoconocimiento, sino el conocimiento de las mentes en general (Fonagy, Gergeley, Jurist y Target, 2002, p. 3). Aunque dicho conocimiento es en gran parte implícito, Fonagy y Target (en prensa) emplean el término «mentalización propiamente dicha» para describir la actividad del «pensamiento centrado explícitamente en los estados anímicos» (p. 2). La actividad de mentalización (ejemplo, una hija que se percata de que el «rechazo» de su padre tal vez es fruto de la depresión, más que de la hostilidad) tiene su origen en lo que Fonagy denomina la capacidad de la *función reflexiva*.

La función reflexiva nos permite vernos a nosotros mismos y a los demás como seres con profundidad psicológica. Nos habilita para responder ante nuestra experiencia no sólo a partir de la conducta observada, sino también de los estados mentales subyacentes –deseos, sentimientos, creencias– que hacen comprensible la conducta y le confieren sentido. Como tal, la función reflexiva se relaciona íntimamente con nuestra capacidad de perspicacia y empatía.

Para evaluar la capacidad mentalizadora del individuo, Fonagy y sus colegas idearon la Escala de Funcionamiento Reflexivo. Esta escala, diseñada para fines de investigación, puede emplearse también de manera informal para potenciar los juicios clínicos sobre el tipo de intervenciones que pueden beneficiar a nuestros pacientes. Es más probable encontrar una fuerte capacidad mentalizadora –y y tal vez, en el tratamiento, una mayor receptividad a las interpretaciones del terapeuta– cuando el entrevistado (o el paciente) muestra:

- *Conciencia de la naturaleza de los estados mentales*: por ejemplo, que nuestra comprensión de nosotros mismos y de los demás es invariablemente incompleta; que es posible modificar los estados mentales para minimizar el dolor; que el individuo puede ocultar deliberadamente los estados internos; que ciertas respuestas psicológicas son predecibles en determinadas circunstancias.
- *Un esfuerzo explícito por identificar los estados mentales que subyacen a la*

conducta: por ejemplo, la explicación verosímil de la conducta en función de las creencias, los sentimientos, los deseos; la comprensión de que nuestras interpretaciones de los demás pueden verse influidas por nuestros propios estados mentales; la constatación de que los sentimientos sobre una situación pueden ser incoherentes con los aspectos observables de dicha situación.

- *Reconocimiento de los aspectos «mutables» de los estados mentales que evolucionan con el desarrollo*: por ejemplo, que mis sentimientos o sensaciones de ayer pueden diferir de los de hoy o mañana; que la conducta de los padres está influida por la conducta de sus propios padres y a su vez influye en la conducta de sus hijos; que las perspectivas de la infancia a menudo deben ser revisadas a la luz de la comprensión adulta.
- *Conciencia de los estados mentales en relación con el entrevistador (o el terapeuta)*: por ejemplo, que el terapeuta, sin que se lo digan, no puede saber lo que sabe el paciente; que el terapeuta puede tener sus propias respuestas emocionales características ante el relato del paciente; que la historia del terapeuta y, en consecuencia, sus estados mentales pueden diferir de los del paciente (adaptado con autorización a partir de Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998).

Fonagy señala que lo que tenemos que escuchar aquí no son enunciaciones de los principios relativos a los estados mentales («Nunca se sabe lo que siente otra persona») sino indicios de que tales principios se comprenden implícitamente («De niño, yo tenía claro que mi madre no me quería, pero como le oí decir a mi padre que ella pensaba que yo la rechazaba, ahora ya no estoy seguro lo que sentía en realidad»).

En 1987, Fonagy y los Steele recabaron la colaboración de 100 parejas que esperaban un hijo y emprendieron una investigación de AAI utilizando la escala que habían desarrollado. El estudio fue relevante por diversos motivos. En primer lugar, documentó que el estado anímico de los padres con respecto al apego –*evaluado antes del nacimiento del hijo*– podía predecir la clasificación de dicho hijo en la Situación Extraña a los 12 meses de edad. También puso de relieve que las madres y los padres con una fuerte capacidad reflexiva tenían una probabilidad tres o cuatro veces mayor de criar hijos seguros que los padres cuya capacidad de mentalización era escasa. Por último, demostró que una fuerte capacidad reflexiva podía romper el «ciclo de desventaja» que a menudo inducía a los padres con historias de apego adversas a criar hijos inseguros.

Para probar la predicción de que la capacidad de reflexión sobre los estados mentales podía servir de «antídoto» contra el pasado problemático, se dividió a las madres del estudio en dos grupos: el primero tenía una experiencia grave de privación (enfermedad mental parental, prolongada separación de los padres, etc.); el segundo, no. Resultó que todas las madres con privaciones pero dotadas de una potente función reflexiva tenían hijos seguros. En marcado contraste, de aquellas que mostraban una escasa función reflexiva, sólo 17 tenían un hijo seguro. Sin lugar a dudas, la capacidad de mentalización era un factor protector que atenuaba el impacto de una experiencia temprana difícil y disminuía la probabilidad de la transmisión intergeneracional de la inseguridad (Fonagy, Steele, Steele, Moran y Higgitt, 1991b; Fonagy et al., 1995; Fonagy, 2001).

Este tipo de descubrimientos condujo a Fonagy a considerar la mentalización como un

factor absolutamente esencial para el apego. De hecho, ha llegado a afirmar que «el apego no es un fin en sí mismo, sino que existe con el fin de producir un sistema representacional que ha evolucionado, cabe suponer, para contribuir a la supervivencia humana» (Fonagy et al., 2002, p. 2). Este sistema representacional es un sistema de *mentalización* que ofrece una enorme ventaja de supervivencia evolutiva, gracias a la cual los individuos pueden comprender, interpretar y predecir la conducta de los demás, así como la suya propia. Como tal, es una «piedra angular de la inteligencia social» y un factor crítico para el trabajo, el juego y la colaboración de todo tipo (Allen y Fonagy, 2002).

Durante más de 15 años, a través de un programa extraordinariamente activo de investigación y desarrollo teórico, Fonagy y sus colegas desarrollaron la tesis, cada vez más consolidada, de que la mentalización y el apego desempeñan funciones cruciales e interrelacionadas en el desarrollo, la psicopatología y la psicoterapia. En síntesis, la mentalización parental es crucial para fomentar el apego seguro en el niño, mientras que el apego seguro aporta el contexto clave para activar el potencial mentalizador del niño. Gran parte de la psicopatología que encontramos en nuestros pacientes puede entenderse como un reflejo de la inhibición o de la atrofia de la capacidad mentalizadora. En consecuencia, la psicoterapia puede concebirse como un esfuerzo por restaurar o despertar dicha capacidad en el paciente.

En consonancia con la teorización de Main sobre el modelo funcional interno, Fonagy ha propuesto que el factor clave de la representación de la primera experiencia de apego no es tanto la «plantilla» que registramos cuanto la profundidad con la que nuestra capacidad mentalizadora nos permite sondear la experiencia, sobre todo si se trata de una experiencia con una fuerte carga emocional. Ha acuñado el término «afectividad mentalizada» para describir la capacidad de sentir los sentimientos y a la vez reflexionar sobre su significado. Una destacada colaboradora de Fonagy, Mary Target, lo ha formulado así: «La función reflexiva, en su máximo grado de desarrollo, conlleva el pensamiento sobre el sentir y el sentimiento sobre el pensar» (comunicación personal, 2005).

Los modos de la experiencia

Gran parte de la exploración de Fonagy pretende ayudarnos a comprender los modos de la experiencia psicológica que reflejan nuestro sentido de la relación entre el mundo interno y la realidad externa. Fonagy describe tres de esos modos subjetivos: la equivalencia psíquica, la simulación y la mentalización.

En el *modo de la equivalencia psíquica*, se equiparan el mundo interno y la realidad externa. Aquí no existe diferenciación entre las creencias y los hechos. Lo que pensamos y sentimos parece reflejar lo que nos ocurre en el mundo físico y viceversa. En este modo anímico, cuando nos tratan mal, por ejemplo, es probable sentir que somos malos, y al sentir que somos malos, «sabemos» que nos van a tratar mal. El yo como agente psicológico tiende a sumergirse en un sistema tan cerrado. No hay ningún «yo» que interprete o cree la experiencia, sino sólo un «me» al que le ocurre la experiencia.

En el *modo de la «simulación»*, el mundo interno se disocia del externo. No nos limitan las restricciones de la realidad: sentimos como real lo que imaginamos y todo aquello que eludimos se vuelve inmaterial. La disociación, la negación y la grandiosidad narcisista extrema

son ejemplos del modo de la «simulación». En este modo, como en el anterior, el yo se ve limitado como intérprete o creador de la experiencia, porque la consideración de la realidad amenaza lo que se ha imaginado y abre la puerta a lo que se quiere eludir.

En el *modo de la mentalización (o reflexivo)*, somos capaces de reconocer que el mundo interno es distinto de la realidad externa, aunque también guarda relación con ella. Aquí podemos reflexionar sobre los modos en los que los pensamientos, los sentimientos y las fantasías afectan a lo que nos ocurre y a la vez se ven afectados por ello. En este modo, sentimos que la experiencia subjetiva tiene una profundidad interpretativa y, por lo tanto, dado que podemos captar la diferencia entre los acontecimientos y nuestras reacciones ante ellos, disfrutamos de cierto grado de libertad interna. La mentalización revela un mundo del yo y del otro que es rico, complejo y ambiguo, y en el cual tenemos el potencial de revisar nuestras representaciones mentales de la realidad externa a medida que cambian nuestras verdaderas realidades.

Según Fonagy, estos modos de la experiencia se suceden en orden secuencial a lo largo del desarrollo. Inicialmente, los bebés y los niños pequeños viven ineludiblemente en un mundo de equivalencia psíquica, donde la experiencia subjetiva es imperiosa y (a veces) terriblemente real. Después encuentran una suerte de liberación a través del modo de la simulación, en el que la experiencia subjetiva se disocia de la realidad. En el juego, pueden fingir que las limitaciones de la realidad sencillamente no existen. Por último, en el desarrollo normal, a partir de los cuatro años de edad, se produce una integración de estos dos modos anteriores. En ese momento, el mundo interno no se equipara al mundo externo ni se desliga por completo de él. Con el surgimiento del modo reflexivo se adquiere una creciente capacidad de sopesar, implícita y explícitamente, la relación entre la realidad interna y externa (Fonagy, 2001; Allen y Fonagy, 2002; Fonagy et al., 2002).

Los pacientes que vemos en la psicoterapia suelen tener dificultades para escapar de los modos de la equivalencia psíquica y/o la simulación. En el primer caso, les atormentan los sentimientos y pensamientos que exigen su cumplimiento porque se equiparan con los hechos. En el segundo, se alejan de la realidad por la influencia de sus pensamientos ilusos, pero en ese proceso se aíslan de los sentimientos y de las personas que les importan.

Para los psicoterapeutas y padres, así como para los investigadores, la cuestión clave debe ser: ¿Qué es lo que impulsa la transición desde los modos de la equivalencia psíquica y la simulación hacia el modo de la mentalización? La respuesta de Fonagy –desarrollada a partir de las conclusiones de Bowlby, Ainsworth y Main– es la siguiente: un vínculo de apego intersubjetivo que aporta primero un grado pleno de regulación del afecto y después, de manera nada irrelevante, un atisbo de juego en la presencia del otro reflexivo.

La regulación del afecto, la transmisión intergeneracional y la intersubjetividad

Fonagy cree que el puente hacia el modo reflexivo de la experiencia se construye sobre los cimientos de la regulación del afecto. Así como la «función biológica» de la conducta de apego es la protección de los depredadores, los bebés también necesitan la figura de apego para asegurar su supervivencia *emocional*. Desde el momento en que nacen, los bebés están sujetos a sentimientos de angustia porque se hallan totalmente desprovistos para valerse por sí solos. Con el fin de experimentar la «seguridad sentida» que se ha descrito como el objetivo

del apego, los bebés dependen de la figura de apego para que les ayude a modular sus propios afectos abrumadores.

Según Fonagy, los padres que logran «contener» la angustia del hijo normalmente tendrán un niño con apego seguro y un sólido potencial de mentalización. ¿Por qué es así? ¿Y cuál es el hilo conductor entre la regulación del afecto, la seguridad del apego y la mentalización?

Contención lograda y apego seguro

El psicoanalista Wilfrid Bion (1962) conjeturó que la madre que ofrece apoyo contiene mentalmente una experiencia emocional que el bebé, aunque no es capaz de gestionar por sí solo, logra evocar en ella. Tal contención requiere que la madre soporte en su interior, procese y represente ante el bebé de una forma tolerable lo que, hasta entonces, el bebé vivía como una experiencia emocional intolerable. Basándose en las ideas de Bion, Fonagy sugiere que los padres pueden contener los afectos inquietantes del niño comunicando afectivamente y mediante el lenguaje del cariño físico que (1) *entienden* la causa de la angustia y su impacto emocional; (2) *pueden afrontar* la angustia y aliviarla; y (3) pueden reconocer la *postura intencional* emergente del niño, entendida como su capacidad de inferir las intenciones que subyacen a la conducta, en particular a la conducta del padre o la madre (Dennett, 1987). Curiosamente, Fonagy cree que este tercer elemento de contención –el reconocimiento, por parte de los padres, del niño como ser independiente con una mente propia, potencialmente capaz de leer la mente de sus progenitores así como la propia– «tal vez es el más importante para maximizar la probabilidad de que se construya en el niño un apego seguro» (Fonagy et al., 1995, p. 248).

Los padres que logran contener las emociones inmanejables del niño con respuestas que transmiten empatía, valor para afrontar las dificultades y apreciación de la postura intencional del niño entablan, de este modo, un proceso de regulación interactiva del afecto. A través de este proceso, refuerzan la confianza del hijo en el vínculo de apego como refugio y base segura. Y al reconocer la postura intencional del niño, estos padres (mentalizadores) aportan las piezas fundamentales para el futuro desarrollo de la capacidad de mentalización en el hijo. Obsérvese la sinergia que se establece entre la regulación del afecto, el apego seguro y la mentalización.

• *El reflejo de los afectos del niño*

[...] el precursor del espejo es el rostro de la madre.

D. W. Winnicott (1971a, p. 111)

Fonagy observa que los padres capaces de sintonizar emocionalmente transmiten empatía y capacidad de afrontar las dificultades a través del afecto, que refleja su carácter «contingente» y «marcado» a la vez. El reflejo contingente es certero. Las expresiones faciales o vocales de los padres se corresponden con los afectos del niño y, de este modo, las expresiones afectivas parentales se convierten en la base de las primeras representaciones que se forma el niño de sus propios afectos. Para que tales expresiones contingentes se vean como reflejos de la experiencia emocional del niño, y no de la del padre o la madre, éstos deben «marcar» tales expresiones «como si» fueran simuladas, exagerando, por ejemplo, el afecto que se refleja o mezclando el afecto inquietante con otro que lo contradiga (Fonagy et al., 2002). De este

modo, las respuestas de los padres «devuelven al bebé su propio yo» (Winnicott, 1971a, p. 118).

Dicho reflejo en sintonía emocional es absolutamente fundamental, porque, al manifestar «un eco, una reflexión y una expresión del estado interno observado en el niño», los padres propician que éste descubra paulatinamente sus propias emociones como estados mentales que pueden ser reconocidos y compartidos, descubrimiento que sienta las bases de la regulación del afecto y el control del impulso (Allen y Fonagy, 2002, p. 11). Además, al ver su propia imagen con una postura intencional en el espejo de sus padres, el niño puede empezar a experimentarse como un individuo que siente, cree, desea y *mentaliza*, y que responde a la experiencia no sólo en función de las realidades físicas sino a la luz de los estados mentales (Fonagy et al., 1995). Es más, precisamente a través de la *marcación* del reflejo parental, el niño desarrolla la conciencia de que tiene una mente propia:

> En la marcación negamos lo que sentimos a la vez que mantenemos nuestra individualidad. En efecto, llegamos a ser lo que el niño necesita que seamos. Éste es el principal proceso que subyace a la individualidad incipiente del niño. Y si el cuidador es incapaz de hacer eso –si es demasiado él mismo [reflejo no contingente] o es demasiado el niño [reflejo no marcado]–, el niño no puede desarrollar el sentido de la separación de un modo tan eficaz. (Fonagy, comunicación personal, 2006).

En términos generales es, precisamente, a través de este proceso –la regulación interactiva del afecto posibilitada por la mentalización con un alto nivel de contingencia en un contexto relacional vital– como se transmite el apego seguro de una generación a otra. Para Fonagy, la mentalización media en este proceso y puede permitir que incluso los padres con una historia personal de apego problemático críen hijos caracterizados por un apego seguro.

La transmisión intergeneracional del apego inseguro

Fonagy identifica numerosos escenarios adversos, en los cuales el tema común es la incapacidad del padre o la madre de contener los afectos inmanejables del hijo. Los padres preocupados pueden ser capaces de reflejar de forma empática la angustia del niño, pero sin lograr afrontarla. Los padres negadores tal vez no logran comunicar la empatía, pero sí transmitir una sensación de estabilidad y la capacidad de afrontar las dificultades. Hay otros cuyas vulnerabilidades comprometen su capacidad de responder con empatía a la postura intencional del niño ante los estados mentales de los padres. Un elemento central de estas vulnerabilidades es el propio déficit de mentalización de los padres, así como las inquietudes reflejas suscitadas en ellos por la separación del niño. Por ejemplo, una madre embarazada me dijo que se sentía incómoda con los bebés porque le parecía que podían «ver en su interior». ¿Y qué temía que vieran? Su intolerancia al llanto, a las rabietas, a la suciedad, a todos los modos en que podían molestarla.

Cuando los padres muestran una incapacidad crónica para contener los afectos dolorosos del niño, éste tiende a comportarse de modos que reflejan una interiorización de las respuestas características de los padres ante tales afectos. Por ejemplo, si una madre negadora responde a la angustia del niño eludiéndola o reprimiéndola, el niño puede desarrollar una estrategia elusiva para abordar sus propios afectos dolorosos; dicho de otro modo, puede eludirlos o reprimirlos. En efecto, los niños de los padres inseguros «adoptan» las defensas de sus padres y, por lo tanto, el legado de la inseguridad parental es una inseguridad pareja en el niño (Fonagy

et al., 1995).

• *El reflejo problemático*

Si el rostro de la madre es poco receptivo, entonces un espejo es algo que se puede mirar pero no sirve para mirarse.

D. W. Winnicott (1971a, p. 113)

Fonagy sugiere que determinados tipos de psicopatología pueden asociarse con determinadas faltas de sintonía y reflejo. Cuando el reflejo afectivo de los padres no es «marcado», puede provocar que el niño se sienta superado por la naturaleza contagiosa de su angustia, porque su malestar suscita una emoción idéntica en los progenitores. Se cree que la reiterada exposición a un reflejo no marcado refuerza el modo de equivalencia psíquica, porque la experiencia interna del niño parece corresponderse regularmente con su experiencia externa, y no parece que exista ninguna salida. Fonagy teoriza que esto puede formar parte de la génesis de la patología límite.

Por el contrario, el reflejo no contingente puede suscitar una sensación de vacío interior y variaciones sobre el tema del falso yo, porque lo que se invita al niño a interiorizar no es una imagen de su propio yo emocional, sino del yo emocional del progenitor. Como se cercenan los vínculos entre la experiencia interna del hijo y su plasmación en las respuestas del mundo exterior, se cree que el reflejo no contingente refuerza el uso del modo de la simulación. Así, según Fonagy, el niño que se ve expuesto regularmente a un reflejo no contingente puede ser vulnerable a la patología narcisista, en la que la grandiosidad imaginada opera como un calmante para el yo vacío (Fonagy et al., 2002).

Más allá de la contención

Si el camino de la equivalencia psíquica y la simulación se inicia con la contención y la regulación del afecto, conduce al terreno del reflejo en parte a través del medio del juego. Cuando el niño está completamente absorto en su propio juego, los mundos de la imaginación y la realidad pueden parecer totalmente separados. Pero si este juego es observado por un progenitor, un niño mayor o un terapeuta, entonces el mundo simulado y el real empiezan a solaparse. Con un comentario, una mirada o una «interpretación», el observador establece conexiones entre la experiencia interna y la realidad externa, de tal manera que ambas pueden empezar a relacionarse, en lugar de equipararse o disociarse. Así se sientan las bases de la mentalización y, posteriormente, de la «metarrepresentación», la capacidad de reflexionar sobre la propia experiencia interna y la de los demás a la luz de la naturaleza meramente representacional de dicha experiencia (Fonagy et al., 2002).

Fonagy recalca que tal desarrollo ocurre sólo en un contexto relacional e intersubjetivo. El reflejo afectivo anteriormente señalado es un elemento fundamental del proceso intersubjetivo a través del cual encontramos aspectos de nosotros mismos en la mente de los demás. Tanto durante el desarrollo infantil como en la psicoterapia, parece que se descubre (o tal vez se crea) el yo reflexivo, psicológico y emocional fundamentalmente a medida que es reconocido y comprendido por otros. El entorno óptimo para tal reconocimiento y comprensión es, por supuesto, un vínculo de apego.

Del apego a la intersubjetividad

El primer cursillo exhaustivo de conciencia intersubjetiva suele impartirlo una figura de apego cuya presencia y participación son necesarias para la supervivencia del niño...

Karlen Lyons-Ruth (1999, p. 605)

La intersubjetividad se ha convertido en un concepto esencial tanto para los investigadores de la infancia como para los teóricos psicoanalíticos, aunque no existe consenso en lo que respecta a su significado. Se concibe de muy diversos modos: como un rasgo innato de la condición humana, un logro del desarrollo y/o una teoría de la terapia. En vista de los múltiples usos de la palabra, Beebe, Knoblauch, Rustin y Sorter (2003) recomiendan que pensemos en términos de «formas de intersubjetividad». Como la intersubjetividad, desde una perspectiva laxa, describe la interacción entre dos subjetividades –la interfaz de dos mentes–, es un elemento central para los vínculos de desarrollo de la infancia y la psicoterapia, que son los temas de este libro.

Intersubjetividad innata

La investigación de la infancia sugiere que existen ciertas formas rudimentarias de intersubjetividad desde el nacimiento. Parece que estamos preprogramados neurológicamente para la intersubjetividad. (El descubrimiento de las *neuronas espejo* es un elemento fundamental de esta historia que retomaremos en el capítulo 5, a propósito de la neurobiología del apego). Andrew Meltzoff y Colwyn Trevarthen son los primeros investigadores que detectaron indicios, entre los recién nacidos, de lo que Trevarthen (1979) denomina *intersubjetividad primaria*.

Meltzoff y sus colegas descubrieron que, a los 42 minutos de edad, los niños imitan deliberadamente las expresiones faciales un adulto. Aunque en un primer momento tenían el chupete y, por lo tanto, eran incapaces de imitar, observaban la cara del adulto, que tenía la boca abierta y la lengua fuera. Después, durante los dos minutos y medio siguientes, al quitarles el chupete, hacían aproximaciones cada vez más cercanas a la expresión que habían visto en la cara del adulto. A las seis semanas, los niños expuestos un día a los gestos faciales de un adulto imitarán tales gestos al día siguiente cuando se enfrenten a la cara «neutral» de ese adulto. Evidentemente, los niños muy pequeños pueden detectar la correspondencia entre lo que ven en la cara de otra persona y lo que sienten en su propia cara, así como conservar una representación mental de dicha correspondencia. Esta deliberada asociación intermodal indica una capacidad extraordinariamente temprana de interconexión del yo con los demás, y de sentir que «soy como tú» (Meltzoff, 1985, 1990; Meltzoff y Moore, 1998). A través de la imitación y la percepción de la correspondencia, los niños descubren aspectos de sí mismos en los demás.

Trevarthen, como Meltzoff, observaron indicios de intersubjetividad innata en la imitación neonatal. Pero, más allá de la imitación, Trevarthan observó una comunicación *mutuamente regulada* entre el niño y el adulto: «Cada una de las partes puede reflejar las motivaciones y finalidades del otro, inmediatamente. Los niños y sus compañeros entablan un *contacto empático inmediato*» (Trevarthen, citado en Beebe et al., 2003, p. 782). El fundamento de este

contacto es la capacidad, casi innata, del bebé de detectar los efectos contingentes, es decir, de reconocer cuándo la conducta del compañero es (o no es) contingente respecto de las acciones del bebé, y viceversa. Los bebés prefieren la receptividad contingente y su capacidad de reconocer tal receptividad posibilita la regulación mutua de la acción conjunta. Según Trevarthen, precisamente al «leer» las correspondencias de la conducta comunicativa mutua en ritmo, forma e intensidad, es como se entablan «protoconversaciones» no verbales entre los niños y sus compañeros. Estos diálogos de acción revelan una intercoordinación mutua exquisita que parece reflejar no sólo una correspondencia de conducta sino también de los estados interiores –sobre todo los motivos e intenciones– del yo y el otro (Trevarthen, 1998). Fonagy coincide con Trevarthen en que los seres humanos están preadaptados para la vinculación intersubjetiva: «Existe una intersubjetividad primaria. Nacemos creyendo que nuestra mente existe en los demás. Recurrimos a los demás para ver lo que hay en nuestra mente y para descubrir lo que significan las cosas» (Fonagy, comunicación personal, 2006).

En una línea similar, Daniel Stern (1985) observa que los bebés recurren a las madres con el fin de averiguar algo sobre sí mismos, pero también para descubrir algo sobre los demás y sobre el mundo. Hacia los nueve o doce meses, según Stern, el niño hace un descubrimiento trascendental: que tiene mente, que su madre tiene mente, y que la materia de la mente –la experiencia subjetiva interior– se puede compartir. En un experimento clásico, por ejemplo, se invita a un niño de un año a caminar por una superficie de cristal, un tanto inquietante, para coger un juguete tentador situado al otro lado del «precipicio visual». Al enfrentarse a esta situación ambigua, el bebé siempre mira la cara de la madre –y la valoración subjetiva que transmite– con el fin de determinar cuál debe ser su *propia* experiencia subjetiva. Cuando la madre sonríe, el bebé parece sentirse suficientemente seguro para continuar con su aventura; cuando la madre se muestra asustada, el bebe se altera y retrocede. Este tipo de «referencia social» conlleva una forma de atención conjunta en la que el niño se decide tras observar la reacción del otro.

Esta puesta en común del foco de atención es uno de los rasgos de la vinculación intersubjetiva. Hay otros dos: la puesta en común de las intenciones y, sobre todo, la puesta en común de los estados afectivos. *Sintonía afectiva* es el término que emplea Stern para designar el doble proceso de comunicación y resonancia emocional que nos permite sentir algo afín a lo que siente otra persona y transmitirle que esa experiencia es común.

Stern observa que, con el fin de que el bebé sienta que su madre sintoniza con su estado interno, la imitación de sus afectos por parte de la madre es insuficiente, porque comunica una respuesta a su conducta, más que a su experiencia. Para transmitir que comparte la experiencia del bebé, la madre debe ofrecer una respuesta «intermodal» ante la conducta emocionalmente expresiva del niño. Por ejemplo, la madre puede vocalizar de forma acompasada con las expresiones corporales del bebé que transmiten emoción o puede, por otro lado, transmitir sintonía con la decepción del bebé mediante suspiros audibles que tienen el mismo perfil temporal que los sollozos infelices del pequeño. El ritmo, la intensidad y la forma de las conductas comunicativas (aquí Stern evoca a Trevarthen) son las dimensiones no verbales a través de las cuales se expresa la sintonía.

Para Stern, la *puesta en común* de las intenciones, los sentimientos y el foco de atención definen la naturaleza de la experiencia intersubjetiva del niño y, con el tiempo, la experiencia

de su propia persona. En este punto, la cuestión crucial para el desarrollo es qué puede y qué no puede ponerse en común. La respuesta a esta pregunta determina «qué experiencias se incluyen en el rango de la aceptación y la consideración mutuas, y cuáles quedan excluidas» (Stern, 1985, p. 208). Una intención, un sentimiento o un foco atencional que evoca una respuesta en sintonía es algo que se puede compartir y, por lo tanto, puede integrarse en el sentido del yo del niño, mientras que uno que no evoca dicha respuesta no puede compartirse ni integrarse. Desde esta perspectiva, los vínculos intersubjetivos son el contexto crucial en el que se conforma la experiencia subjetiva. En palabras de Stern (2004), «Dos mentes crean intersubjetividad. Pero, de igual manera, la intersubjetividad modela las dos mentes. El centro de gravedad se ha desplazado desde lo intrapsíquico hacia lo intersubjetivo» (p. 78).

El apego, la mentalización y la intersubjetividad

Stern cree que el apego y la intersubjetividad son sistemas motivacionales independientes y complementarios. El sistema de apego equilibra nuestras necesidades vinculadas de seguridad y de proximidad física y el aprendizaje al que conduce la exploración. El sistema intersubjetivo está impulsado por nuestra necesidad de conocer y de ser conocido por los demás. Si el apego existe para impulsar la seguridad sentida, la intersubjetividad existe para fomentar la experiencia de la pertenencia y la intimidad psíquica. Al igual que el apego, la experiencia intersubjetiva confiere una ventaja de supervivencia evolutiva, porque facilita la formación y el funcionamiento efectivo de los grupos (incluido el grupo de las dos personas que se enamoran). También contribuye a la formación y el mantenimiento de la autoidentidad. Aunque es posible el apego sin vinculación intersubjetiva (pensemos en el autismo) y la vinculación intersubjetiva sin apego (pensemos en un encuentro casual con un desconocido que parece un alma gemela), por lo general el apego y la intersubjetividad se potencian mutuamente (pensemos en la psicoterapia).

Stern concibe la mentalización como una manifestación de la intersubjetividad, pero también considera los dos, supongo, bastante distintos. La *mentalización*, tal como sugieren las connotaciones de la palabra, es un proceso que nos permite comprender y conferir sentido a nuestra propia experiencia y la de los demás. La *vinculación intersubjetiva*, tal como sugieren las connotaciones del término, no se refiere tanto a la comprensión y al sentido cuanto a la resonancia, la alineación y la «puesta en común de los paisajes mentales» entre nosotros mismos y los demás. La permeabilidad o la «interpenetrabilidad» de los límites personales es lo que nos permite participar en la experiencia subjetiva de los demás. Desde esta perspectiva, la sintonía afectiva que es un rasgo característico de la intersubjetividad puede entenderse no sólo como una cuestión comunicativa sino como lo que Stern denomina «comunión interpersonal», es decir, el *acercamiento a*, *la participación en* o *la puesta en común de* la experiencia subjetiva de otra persona sin la intención de cambiarla (Stern, 1985, 2004).

La intersubjetividad como un logro del desarrollo

Trevarthen y Stern ponen de relieve no sólo el carácter innato del intersubjetividad y sus orígenes en la percepción de la correspondencia entre la experiencia del yo y el otro, sino también el hecho de que la experiencia intersubjetiva se regula mutuamente. En una nueva

vuelta de tuerca a propósito del concepto de la intersubjetividad, la teórica psicoanalítica Jessica Benjamin propone que la intersubjetividad en su sentido más amplio depende no sólo de la correspondencia sino también de la diferencia, no sólo de la regulación mutua sino del mutuo reconocimiento.

Benjamin (1990/1999) se pregunta: «¿En qué se distingue el encuentro de dos sujetos respecto de uno en el que un sujeto encuentra un objeto?» (p. 35). Al responder a esta pregunta, sugiere que la capacidad de vinculación intersubjetiva es cambiante, se adquiere de manera imperfecta y, en su cenit, posibilita un encuentro entre dos *sujetos*, dos centros distintos pero equivalentes de iniciativa y experiencia. Es un encuentro de las mentes en el que, en palabras de Benjamin, «tú sabes lo que yo siento, aunque yo quiera o sienta lo contrario de lo que tú quieres o sientes» y «podemos compartir sentimientos sin que yo tema que los míos sean también los tuyos» (p. 40). Este tipo de vinculación intersubjetiva ejemplifica lo que Benjamin denomina *reconocimiento mutuo*, es decir, la capacidad de reconocer y de ser reconocido por el otro.

Tal reconocimiento es fundamental para una experiencia «intersubjetiva», por oposición a una experiencia «intrapsíquica» de los demás. La primera depende de nuestra percepción del otro como un sujeto independiente que existe, ante todo, fuera de nuestro campo mental de operaciones. La segunda conlleva nuestra reacción ante el otro fundamentalmente a través de la proyección, la identificación y otros procesos intrapsíquicos, en cuyo caso el otro es esencialmente un objeto en nuestro mundo representacional y, por lo tanto, puede ser idealizado o devaluado, pero no experimentado como una persona real. En los términos de la filosofía del diálogo «interhumano» de Martin Buber (1923/1970), la vinculación intersubjetiva favorece un vínculo «Yo-Tú» marcado por la mutualidad, el diálogo y la capacidad de experimentar a los demás en sus propios términos. En cambio, la relación intrapsíquica nos confina a un vínculo «Yo-Ello» en el que la mutualidad está ausente, la imposición prevalece sobre la negociación, y las categorías preexistentes dominan nuestra experiencia de los demás.

Por una parte, Benjamin (1990/1999) (reformulando a Freud) afirma, al respecto de los fines de la psicoterapia: «Donde estaban los objetos, ahí deben estar los sujetos» (p. 34). Por otra, cree (como Buber) que ambos tipos de vínculo –sujeto/sujeto y sujeto/objeto– son necesarios y que, paradójicamente, cada uno de ellos posibilita el otro.

Para explicar la paradoja, Benjamin (1990/1999) revisa el desarrollo de la intersubjetividad desde la primera conciencia infantil de la correspondencia y la similitud hasta los conflictos de acercamiento entre separación/individualización y vinculación, que comienzan a mediados del segundo año de vida:

> Podríamos decir que comienza con «Los dos sentimos este sentimiento» y luego evoluciona hacia «Yo sé que tú, que estás en otra mente, compartes este mismo sentimiento». Sin embargo, en el acercamiento se produce una crisis, pues el niño empieza a afrontar la diferencia: «Tú y yo no queremos o no sentimos lo mismo». La reacción inicial ante este descubrimiento es la pérdida del reconocimiento entre el yo y el otro: «Yo insisto en mi planteamiento, intento coaccionarte y, en consecuencia, experimento tu rechazo como una inversión: eres tú quien intenta coaccionarme» (p. 40).

Reparar la «pérdida del reconocimiento» es crucial para que el niño empiece adquirir la capacidad de reconocimiento mutuo. Por supuesto, el desarrollo de esta capacidad no es un

acontecimiento puntual, sino un proceso que, aunque se inicie temprano, continúa a lo largo de la vida. Requiere que el niño sea capaz de afianzar, en primer lugar, su propia realidad y, en segundo lugar, de aceptar la realidad opuesta del otro.

Según Winnicott, Benjamin explica que sólo el niño que expresa enérgicamente su ira y observa que el otro «sobrevive a la destrucción» –sin tomar represalias ni retirarse– tiene la oportunidad de aprender que el otro es, en realidad, un sujeto independiente y no un objeto. Así se resuelve de la paradoja de que, al ser tratado como objeto, el otro puede ser considerado un sujeto. A través de su intento fallido de imponer su voluntad y negar la del otro, el niño descubre que las diferencias no son inevitablemente una barrera para la experiencia compartida y que el diálogo puede eludir la necesidad de que uno domine y el otro se someta. Este descubrimiento le permite tomar posesión, más plenamente, de su propia subjetividad, al percatarse de que el vínculo puede hacer espacio para dos: dos voluntades, dos visiones de la realidad, dos sujetos.

Conviene señalar que el reconocimiento mutuo y la mentalización son parientes conceptuales. Sin aludir al análisis de los sujetos y objetos expuesto por Benjamin, Fonagy establece una distinción paralela, al sugerir que, cuando mentalizamos, respondemos a los demás no como *objetos* sino como *personas*.

La intersubjetividad como teoría de la psicoterapia

Benjamin atribuye a Robert Stolorow y sus colegas la introducción del término «intersubjetividad» en el ámbito de la teoría clínica. Después de caracterizar su propia obra como una ampliación de la psicología del yo psicoanalítica, describen la intersubjetividad en el contexto analítico como «el campo psicológico específico constituido por la intersección de dos subjetividades, la del paciente y la del analista» (Stolorow, Brandschaft y Atwood, 1987, p. 1). De manera similar, en *A primer of clinical intersubjectivity*, Natterson y Friedman (1995) afirman: «La intersubjetividad es el término genérico que designa la influencia recíproca de las subjetividades conscientes e inconscientes de dos personas en un vínculo» (p. 1).

Aunque estos autores emplean la palabra «intersubjetividad» en relación con un enfoque de tratamiento concreto, yo lo considero, desde una perspectiva más amplia, el término más adecuado para designar conjuntamente un valioso corpus de investigaciones clínicas, desarrollado en los últimos 20 años, que retoma y amplía los fértiles hallazgos clínicos de la teoría del apego y la investigación padre-hijo. Estos nuevos enfoques, descritos con términos tan diversos como «teoría de la intersubjetividad», «psicoanálisis relacional» y «constructivismo social», desde la consulta han inducido en el ámbito clínico un cambio de paradigma que nos aporta nuevos instrumentos para trabajar con la experiencia «no verbalizable» que las investigaciones del apego señalan como elemento central. En el núcleo de este cambio está el rechazo del ideal del terapeuta anónimo como observador objetivo. En su lugar surge el reconocimiento de nuestra inevitable implicación en *enaccciones* o escenificaciones que reflejen las vulnerabilidades entrelazadas del paciente y el terapeuta, así como el desafío de convertir estos obstáculos potenciales en oportunidades de curación.

Apego e intersubjetividad en el vínculo curativo

Las ideas fundamentales de Bowlby, así como las investigaciones de Ainsworth, Main y Fonagy, apuntan a la absoluta centralidad de los vínculos de apego como crisoles en los que se modela la personalidad. Por implicación, los vínculos de apego pueden ser también el marco donde –ya sea en el amor o la psicoterapia– se curan con mayor probabilidad nuestras tempranas heridas emocionales. El terapeuta puede ser entonces una nueva figura de apego con la que el paciente puede desarrollar, a través del vínculo, nuevos patrones de apego.

Fonagy, con el propósito de tender un puente entre la investigación del apego y la práctica clínica, recalca la importancia de habilitar al paciente para que encuentre una imagen de sí mismo en la mente del terapeuta como un ser que piensa y siente. Desde esta perspectiva, la psicoterapia «funciona» generando un vínculo de apego seguro en el que se pueden desarrollar las capacidades de mentalización y regulación del afecto en el paciente. Para Fonagy, se trata de un vínculo intersubjetivo en el que el paciente llega a conocerse en el proceso de ser conocido por otro.

Fonagy no es el único clínico/investigador que intenta conectar los ámbitos del apego, la intersubjetividad y la psicoterapia. TambiénBeebe (2004), Beebe y Lachmann (2002), Beebe et al. (2003), Fosha (2000, 2003), Holmes (1996, 2001), Seligman (2000, 2003) y Slade (1999, 2000) han hecho aportaciones significativas a nuestra comprensión de la función de los vínculos de apego intersubjetivos en el desarrollo. Merecen una mención especial las aportaciones que provienen de un esfuerzo colaborativo emprendido por Daniel Stern en 1995.

En aquella época, Stern reunió a un conjunto de investigadores del desarrollo y psicoanalistas (entre los que destacaban Karlen Lyons-Ruth, Louis Sander y Edward Tronick) para constituir lo que hoy se conoce como el Change Process Study Group [Grupo de Estudio del Proceso de Cambio] (CPSG) (Stern et al., 1998; Lyons-Ruth y Boston Change Process Study Group, 2001; Boston Change Process Study Group, 1998, 2002, 2005). Basándose en la conclusión de Stern de que los seres humanos están «preprogramados» para la intersubjetividad, la obra de este grupo ha recalcado la importancia, tanto en la infancia como en la psicoterapia, de atender a los matices de la interacción con el fin de comprender el desarrollo. En concreto, se han centrado en el proceso cocreado, implícito y a menudo no verbalizado a través del cual se produce el cambio en los vínculos niño-progenitor y paciente-terapeuta. Desde su perspectiva, el vínculo terapéutico tal como se vive (y no tanto según se analiza) es la intervención terapéutica primaria. El propio Stern, tal vez rememorando su atención anterior a la sintonía afectiva como tipo de comunión intersubjetiva, ha defendido recientemente que la búsqueda de significado puede truncar la profundización de la experiencia, en particular la experiencia del encuentro intersubjetivo entre el paciente y el clínico que a veces puede inducir, en sí y por sí misma, el cambio terapéutico más significativo. Sin referirse directamente a la atención plena, Stern pone de relieve en esta conexión la absoluta centralidad del interés por el momento presente (Stern, 2004).

La revisión de estas aportaciones dibuja un nuevo enfoque integral del tratamiento que viene a solventar una carencia de la teoría del apego, a saber, la falta de una dimensión clínica. Como se verá en los capítulos siguientes, este enfoque sitúa el nuevo vínculo de apego en el centro de la labor terapéutica. En el contexto de este vínculo intersubjetivo cocreado, la comunicación implícita y no verbalizada desempeña un papel crucial que nos permite reconocer –y facilita que el paciente revise– su proceso de desarrollo inconcluso. Además,

podemos estructurar el vínculo terapéutico de tal modo que opere en el paciente como incubadora de las capacidades, más o menos infradesarrolladas, de sentir, pensar y amar. A este respecto, Winnicott (1965) afirma que «la característica del proceso de maduración es el impulso hacia la integración» (p. 239). Cuando de alguna manera propiciamos que se reemprenda ese impulso en el paciente, el nuevo vínculo de apego se vuelve transformador.

II Vínculos de apego y el desarrollo del yo

Es en el crisol de los primeros vínculos del niño donde, para bien o para mal, se forja originariamente el yo. Para los pacientes cuyo desarrollo sano descarriló a causa de las carencias de estos vínculos formativos, la psicoterapia puede recrear una matriz interactiva de apego en la que el yo tiene el potencial de curarse. A la luz de la coincidencia entre lo que aporta un progenitor receptivo y sensible y la sintonía empática del terapeuta, nuestra labor clínica puede reforzarse hasta el punto de que comprendamos los procesos de cambios de la infancia.

Tal comprensión requiere una explicación detallada de las facetas del yo –tanto neurobiológicas como psicológicas– que emergen a lo largo del desarrollo y establecen el marco para la experiencia vital posterior. Como veremos en los siguientes capítulos, la trayectoria del desarrollo posterior se define fundamentalmente por los modos en que el niño aprende (o deja de aprender) a gestionar las emociones difíciles. Los vínculos de apego son la escuela en la que se produce inicialmente este aprendizaje emocional. Al identificar los primeros patrones de regulación interactiva del afecto, tanto seguro como inseguro, la investigación del apego potencia nuestra capacidad terapéutica de generar con nuestros pacientes un vínculo propicio para el desarrollo, en el que definamos las viejas experiencias y cocreemos otras nuevas.

El capítulo 5 describe las múltiples dimensiones del yo que se definen inicialmente –y se remodelan con posterioridad– en un contexto de apego. En el capítulo 6 se revisa la investigación que documenta las variedades de la experiencia de apego desde la infancia

y durante la edad adulta y nos aporta una base, sumamente sugerente, para captar el origen, el sentido y el impacto de cada uno de los cuatro estados anímicos fundamentales con respecto al apego. El capítulo 7 empieza a tender puentes entre la investigación del apego y la práctica clínica, con especial atención a la regulación del afecto, el vínculo de apego cocreado y las cualidades de la comunicación colaborativa que impulsan con mayor eficacia la seguridad tanto en la infancia como en la psicoterapia.

5 Las múltiples dimensiones del yo

En cada uno de nosotros, el conjunto del cuerpo, el cerebro y la mente interactúan para generar el punto interno de referencia, relativamente estable, conocido como el yo. Ésta es la parte del ser humano que experimenta la vida –y la modela– tanto de forma inconsciente como consciente. El yo puede describirse también en función del conjunto particular de patrones más o menos duraderos que determina el carácter de nuestra receptividad única ante la experiencia. El presente carácter del yo puede variar según nuestra historia y nuestro contexto actual. La historia más influyente en este punto es, por supuesto, la de los vínculos de apego que han formado el yo.

Los ámbitos de la autoexperiencia

El impacto de los vínculos de apego se registra en los ámbitos interrelacionados y solapados del cuerpo, las emociones y el mundo representacional, definiendo la actitud del yo ante la experiencia en cada uno. Estos ámbitos o dimensiones del yo se interrelacionan y se influyen mutuamente hasta tal punto que puede resultar muy difícil distinguirlos entre sí. Las sensaciones somáticas son un componente de las emociones que modela las representaciones que, a su vez, afectan a la calidad de las siguientes sensaciones, emociones y representaciones. No obstante, a pesar de esta especie de bucle o solapamiento, la identificación de los diversos ámbitos del yo tiene un considerable valor clínico, en parte porque ayuda a esclarecer la naturaleza de la integración (o la falta de ella) que los pacientes individuales (y los clínicos) aportan al vínculo terapéutico.

En gran medida son los detalles de la historia de apego los que determinan el grado de accesibilidad e integración de las diversas dimensiones del yo. ¿Hasta qué punto pueden los pacientes experimentar sus sensaciones corporales, sentir sus emociones, pensar sus propios pensamientos? ¿Y de qué manera integran estos ámbitos, logrando, por ejemplo, que sus pensamientos influyan en sus sentimientos? Las respuestas a estas preguntas pueden ayudarnos a clarificar lo que más necesitan nuestros pacientes del nuevo vínculo de apego que intentamos aportarles.

El yo somático

[...] el ego es ante todo un ego corporal.

Sigmund Freud (1923/1962, p. 20)

Las experiencias iniciales del niño se registran en el cuerpo: una satisfactoria plenitud después de comer; una confortable somnolencia que induce el sueño en los brazos de la madre; la sensación de frío que provoca el llanto durante el cambio de los pañales en una habitación fresca. Daniel Stern (1985) observó en *The Interpersonal world of the infant* que el «yo nuclear» surge de la experiencia inicial del bebé en cuanto a las «invariantes del sí mismo», en cuyo centro se sitúan el propio cuerpo y sus límites. El neurobiólogo Antonio Damasio (1999) defiende también la «notable invarianza de las estructuras y las operaciones del cuerpo» (p. 135) como la fuente de la estabilidad tan esencial para la experiencia del yo.

Bowlby fundamentó su teoría del apego en la biología evolutiva, sosteniendo que la búsqueda infantil de la proximidad al cuidador se originaba en la necesidad de protección corporal. Las investigaciones posteriores ponen de relieve que la continua proximidad la figura de apego sirve para regular el funcionamiento interno del cuerpo del niño, y los datos empíricos sugieren que la calidad del vínculo de apego –seguro o inseguro– influye en la forma en que la fisiología en desarrollo modela la receptividad del yo a la experiencia. Por ejemplo, los niños seguros, hijos de madres receptivas y sensibles, tienen un umbral superior para la activación de respuestas de estrés fisiológico que los hijos inseguros de madres negadoras, preocupadas y, especialmente, irresolutas (Polan y Hofer, 1999; Lyons-Ruth, 1999).

Así pues, el sentido originario del yo se enraíza en la experiencia somática cuya naturaleza depende, en gran medida, de la calidad de los primeros vínculos de apego. Tal experiencia define el yo durante los primeros meses y años, a menudo con consecuencias duraderas. Potencialmente permite que la experiencia corporal afiance, informe y enriquezca el yo a lo largo de la vida. De forma alternativa, la experiencia corporal puede verse negada, disociada o distorsionada, y el cuerpo en sí explotado o atacado por diversos motivos psicológicos. Como la experiencia corporal del paciente es de suma relevancia, y como se define en un contexto relacional, un tratamiento orientado al apego debe incluir una atención al yo somático. Cómo integrar el cuerpo en la «terapia verbal» es una cuestión que retomaré cuando analice la función de la experiencia no verbal en el desarrollo y la psicoterapia.

El yo emocional

Las sensaciones de dolor o placer, así como los grados intermedios entre ambas, son los cimientos de nuestra mente.

Antonio Damasio (2003, p. 3)

Cuando Sroufe y Waters (1977a) injertaron la «seguridad sentida» en la proximidad como objetivo del apego, destacaron explícitamente la centralidad de la emoción para el apego. En efecto, el *sentimiento de seguridad* es más importante aún que la proximidad, pues el bebé podría estar físicamente próximo a la figura de apego sin sentirse seguro. Después de la primera infancia, la forma en que *nos sentimos* continúa siendo un aspecto central de nuestro sentido de quién *somos*.

Bowlby (1988) puso de relieve la primacía de la emoción1 cuando describió el intercambio de los afectos como «el único medio de comunicación que tenemos» en nuestros primeros años de vida (p. 157). Daniel Stern (1985) se inspira en Bowlby pero va un paso más allá, al observar que «desde el principio de la vida, los afectos son el medio y el tema primordiales de la comunicación» (pp. 132-133). Allan Schore (1994) resume sucintamente esta cuestión: «El núcleo del yo radica en los patrones de regulación del afecto» (p. 33).

Las respuestas emocionales son fundamentales para el desarrollo del sentido del yo, al menos por tres razones. Primero, como observó Bowlby (1969/1982) en el volumen inicial de su trilogía del *Apego*: «Las emociones son [...] las *evaluaciones instintivas* del individuo sobre sus propios estados orgánicos [...] o sobre la sucesión de las situaciones ambientales en las que se encuentra» (p. 104; la cursiva es mía).

En segundo lugar, según sugiere la etimología de la palabra (del latín *motore*, que significa «moverse»), las emociones impulsan las acciones, activando a veces los sistemas conductuales innatos, entre los que se incluye el sistema de apego. Las evaluaciones emocionales eran relevantes para la supervivencia, según Bowlby, porque facilitaban las decisiones inmediatas, como, por ejemplo, las de huir o luchar. Las diversas emociones, conformadas por el diseño evolutivo, suscitan automáticamente distintas tendencias de acción: la ira impulsa la confrontación o la inhibición, el miedo impulsa la huida o la parálisis física, la impotencia impulsa el desmoronamiento, y así sucesivamente (van der Kolk, 2006; Damasio, 1999).

En tercer lugar, las emociones siempre están conectadas con el cuerpo. Las sensaciones corporales son la primera forma que adquieren las emociones, que suelen expresarse regularmente a través del cuerpo. Cuando sentimos las emociones, percibimos (o imaginamos) lo que sucede en el cuerpo (Damasio, 2003). Como ha sugerido William James (1884) de forma bastante provocadora, nuestros cuerpos no huyen del peligro porque tengamos miedo, sino que tenemos miedo porque nuestros cuerpos corren. Las emociones, que se asientan en el cuerpo, impregnan y a menudo dominan nuestra experiencia subjetiva. Cuando se sienten intensamente, suelen prevalecer sobre la toma de decisiones y el análisis racional.

Las emociones, en suma, son los procesos por los cuales evaluamos *de forma visceral* la bondad o la maldad de las experiencias que nos topamos, y en gran medida a partir de tales evaluaciones decidimos (consciente o inconscientemente) la forma de actuar. De forma más amplia, cabe afirmar que las emociones nos aportan un sistema de valores interno con el que, a lo largo de la vida, atribuimos sentido a la experiencia y tomamos decisiones sobre cómo proceder (Siegel, 1999).

Fonagy et al. (2002), Schore (2003) y otros autores proponen que la regulación de las emociones es fundamental para el desarrollo del yo y que los vínculos de apego son el

contexto primario en el que aprendemos a regular nuestros afectos, es decir, a acceder a las emociones, a modularlas utilizarlas. Los patrones relacionales que caracterizan nuestros primeros apegos son, esencialmente, patrones de regulación del afecto que en etapas posteriores determinan, en gran medida, la naturaleza de nuestra receptividad única ante la experiencia, es decir, la naturaleza del yo. Por lo tanto, en el nuevo vínculo de apego que intenta generar el terapeuta, las emociones del paciente son esenciales y su regulación efectiva –con la que es posible sentirlas, modularlas, comunicarlas y comprenderlas– suele situarse en el núcleo del proceso que permite la curación el desarrollo del paciente.

El yo representacional

> *[...] la idea de un modelo en el cerebro es que constituye un juguete que es también un instrumento, un mundo de imitación, que podemos manipular de la manera más conveniente para nosotros y, de ese modo, averiguar cómo se manipula el mundo real que supuestamente representa.*
>
> J. Z. Young (1964, citado en Bowlby, 1969/1982, p. 80)

Bowlby sostenía que era una necesidad evolutiva disponer de un mundo representacional que representara el mundo real. Para operar de manera efectiva, necesitábamos (y seguimos necesitando) el conocimiento del mundo y de nosotros mismos, y este conocimiento debe ser transferible. Obtenemos dicho conocimiento de los recuerdos de la experiencia pasada, y lo utilizamos para hacer predicciones sobre la experiencia presente y futura. De ahí surge el modelo funcional interno. Pero el mapa, como se suele decir, no es el territorio.

Los modelos funcionales de nuestros vínculos de apego son selectivos, muestras más o menos representativas de la experiencia relacional vivida. En el marco de Daniel Stern (1985), están constituidos por «representaciones de las interacciones que se han generalizado» (p. 97). A lo largo de la vida siguen aportándonos una orientación fundamental, una forma característica de receptividad, ante la experiencia.

Si nuestros primeros vínculos eran seguros, la consecuencia puede ser una capacidad de responder –es decir, de pensar, percibir, sentir y actuar– con apertura y flexibilidad. En este caso, podemos modificar las viejas representaciones a la luz de la nueva experiencia. Tales representaciones maleables pueden utilizarse, junto con los sentimientos, como guías en la definición adaptativa de nuestras decisiones conscientes. En cambio, si nuestros vínculos formativos estaban marcados por la elusión, la ambivalencia o la desorganización, entonces se verá comprometida nuestra capacidad de «flexibilidad de respuesta» (Siegel, 1999) asociada a tales representaciones alterables.

El aspecto tal vez más relevante es hasta qué punto nuestros primeros apegos nos han aportado (o no) la experiencia relacional de una base segura y, por lo tanto, los cimientos de una representación mental de una base segura *interiorizada*. Esta representación interna nos permite restaurar el equilibrio emocional, en ocasiones, a través de la obtención de un contacto *simbólico con las figuras de apego que potencian la seguridad, s*in buscar necesariamente la proximidad real a ellas (Mikulincer y Shaver, 2003; Holmes, 2001). Cuando somos capaces de recurrir (consciente o inconscientemente) a dicha presencia interna tranquilizadora, adquirimos un grado de resiliencia (y la consiguiente confianza para explorar el mundo y nuestro yo) que se halla ausente o atenuada cuando carecemos de una base segura

interiorizada.

Según la teoría de las relaciones objetuales, el desarrollo de las representaciones mentales que «funcionan» entraña dos procesos principales: la diferenciación y la integración (Kernberg, 1984). La *diferenciación* crea límites psicológicos, sobre todo entre el yo y el otro, y entre el mundo interno de la realidad externa. Una representación del yo bien diferenciada nos permite operar de forma autónoma sin sentir que estamos definidos por los sentimientos que los demás tienen de nosotros. Por el lado problemático, la falta de diferenciación entre el interior y el exterior, entre los mundos mental y físico, es exactamente lo que define el modo de la equivalencia psíquica que aqueja a muchos de nuestros pacientes de apego inseguro. La *integración* conlleva síntesis y conexión. Las representaciones integradas de nosotros mismos y de los demás nos permiten aunar las experiencias emocionalmente contradictorias, de manera que, por ejemplo, podemos amar a una persona aunque estemos enfadado con ella. La integración impulsa el equilibrio y la conciencia de los matices y la complejidad de la experiencia. Sin representaciones integradas, somos vulnerables a experimentarnos a nosotros mismos y a los demás de formas extremas y simplistas: como absolutamente buenos o malos, héroes o villanos.

Al igual que las raíces del *yo emocional* se hallan en la experiencia corporal, el *yo representacional* arraiga fundamentalmente en la experiencia emocional, a menudo de naturaleza cargada. Tal como apunta Bowlby (1969/1982), las experiencias de apego y/o su trastorno tienden a evocar los sentimientos más intensos. Así pues, nuestras representaciones de nosotros mismos, de los demás y de los vínculos no sólo tienen un fuerte componente emocional sino que, en la mayoría de los casos, están *dominadas*, al margen de la consciencia, por las emociones que las apuntalan.2

La dimensión emocional *inconsciente* de nuestras representaciones internas es, en gran medida, lo que las hace resistentes a la revisión. Por ejemplo, si a través de las interacciones formativas aprendimos que estar cerca de los demás era arriesgado, se habrán instituido defensas para permanecer ajenos a la necesidad de proximidad; no estaremos motivados para apostar por una cercanía que, si llegase a arraigar, podría actualizar nuestro viejo modelo (elusivo) de apego para convertirlo en otro más seguro. Asimismo, como las emociones conllevan señales corporales para los demás y para nosotros mismos, la expectativa de que nuestro intento de acercamiento sea rechazado puede suscitar sentimientos de miedo o ira, cuya expresión corporal inconsciente provoca precisamente ese rechazo que espera nuestro modelo funcional. Como ponen de relieve Bowlby y Mainun, los modelos funcionales –sobre todo los inseguros– tienden a perpetuarse. Tales representaciones internas, conformadas de forma preverbal en el contexto de los primeros vínculos de apego, ejercen inevitablemente una poderosa influencia, en gran medida inconsciente, en la naturaleza del yo en desarrollo.

Para los terapeutas es esencial tomar conciencia de que tales representaciones existen en múltiples ámbitos interconectados. Como sugiere Main, los modelos funcionales internos registran o codifican la experiencia no sólo en imágenes que pueden visualizarse o en creencias que pueden verbalizarse –es decir, en símbolos–, sino también en «reglas» que determinan aquello a lo que podemos o no atender, incluidos los pensamientos, sentimientos, deseos y recuerdos (Main et al., 1985; Main, 1991). Otros investigadores del apego se han centrado, posteriormente, en lo que Karlen Lyons-Ruth (1999) denomina *representaciones*

enactivas, esto es, representaciones simbólicas de la experiencia que se manifiestan sólo en la acción o la interacción, es decir, en «procedimientos» o modos de ser, en particular modos de ser con los demás. Por ejemplo, aunque no recordemos nuestra infancia, podemos representar facetas de ella como un padre o una madre con un hijo nuestro. Por último, al margen del campo del apego, los investigadores del trauma (como van der Kolk, 1996) y los neurocientíficos (como LeDoux, 1996) han analizado los *recuerdos somáticos* y *emocionales* que codifican la experiencia en forma de sensaciones corporales y reacciones afectivas.

Comprender estas diversas formas de representación –corporal, emocional y enactiva, así como simbólica– tiene un enorme valor clínico. En la terapia, sacar a la luz las representaciones que han existido en la sombra, como huellas invisibles del pasado, puede conferir a los pacientes mayor libertad para sentir, pensar y actuar en el presente. Son cuestiones que analizaré detalladamente en los capítulos dedicados a la experiencia no verbal. Por el momento, baste con decir que, con el fin de que se expliciten tales representaciones implícitas –de tal forma que sean susceptibles de someterse a la influencia integradora de la reflexión consciente–, los terapeutas deben sintonizar con las comunicaciones corporales, emocionales y enactivas de los pacientes.

Por supuesto, lo que es válido para los pacientes lo es asimismo para los terapeutas: sólo podemos cuestionar nuestras representaciones de la experiencia cuando se iluminan con la consciencia. Sin la comprensión que nos aporta la consciencia, no somos menos vulnerables que nuestros pacientes a creer lo que pensamos o sentimos en un determinado momento, sobre todo cuando estamos sujetos a una intensa corriente emocional. En un estado anímico no reflexivo, nos hallamos inmersos en nuestra experiencia subjetiva. Así privados una perspectiva más amplia, no captamos la naturaleza esencialmente representacional de la experiencia mental y, por lo tanto, somos prisioneros de un (lo que interpretamos como) la realidad.

El yo reflexivo y el yo atento

Así como las dimensiones corporal, emocional y representacional del yo son inherentes al ser humano, y por lo tanto accesibles a casi todos nosotros, los ámbitos del yo reflexivo y atento sólo son potencialmente accesibles. Tales potencialidades son de una importancia crítica, pues, en diversos sentidos, la mentalización y la atención plena se asocian con la base segura interiorizada que posibilita la resiliencia y la exploración. Además, ambas son capaces de impulsar la perspicacia y la empatía, la regulación del afecto y el sentido de la agencia personal, la libertad interna y la capacidad de responder con flexibilidad adaptativa a las circunstancias complejas, a menudo difíciles, a las que se enfrenta nuestra vida. Así pues, la mentalización y la atención plena son vías de liberalización psicológica.

Como hemos señalado anteriormente, nuestro yo reflexivo o mentalizador surge, generalmente, a través de un vínculo en el que la experiencia de la figura de apego como base segura nos infunde seguridad para explorar el mundo, incluido el mundo interno. Como sugiere Diana Fosha (2003), el «ser comprendidos y tener la sensación de que existimos en la mente y el corazón de otra persona que nos quiere, nos cuida, sintoniza con nosotros y muestra autocontrol» (p. 228) es lo que nos brinda la oportunidad de ser conocidos como personas (no como objetos), es decir, como seres cuya conducta extrae un sentido de los sentimientos, las intenciones y las creencias que subyacen a su individualidad. Al crecer con

alguien que tiene en cuenta nuestra mente nos configuramos como «agentes mentales» (Fonagy y Target, en prensa), capaces de intentar comprender deliberadamente la experiencia subjetiva, con el fin de estar presentes para ella, en lugar de sentirnos superados o limitados por ella. A falta de un vínculo infantil que soporte tal agencia mental, muchos de nuestros pacientes continúan abrumados o estrangulados por la experiencia interna. En la labor terapéutica, nuestra capacidad de mentalización es lo que nos permite aportar a estos pacientes el tipo de vínculo –un nuevo vínculo de apego– en el que se pueda nutrir su propia capacidad de desarrollar un yo reflexivo.

Por una vía diferente, la atención plena (como la mentalización) puede permitirnos estar presentes para la experiencia, no supeditados ni disociados de ella. Pues, así como la mentalización promueve la libertad interna al permitirnos actuar como agentes mentales, la atención plena impulsa la libertad al permitirnos actuar como «agentes atencionales». El ejercicio de la atención voluntaria, sostenida y no sentenciosa ante nuestra experiencia del aquí y el ahora transforma dicha experiencia, ensanchándola e «iluminandola» a la vez. La ensancha porque podemos estar presentes, conformes y conscientes de una manera más plena, y la ilumina porque la consciencia centrada en el presente no soporta la carga del pasado y el futuro, y está menos obstaculizada por la vergüenza y el miedo. Tal consciencia puede ser beneficiosa en muchos sentidos. Contribuye a la regulación de las emociones difíciles. También tiende a desautomatizar los patrones habituales de respuesta (Engler, 2003; Martin, 1997; Safran y Muran, 2000), lo que nos permite «despertar» y experimentar el mundo de nuevo, como con «mente de principiante» (Suzuki, 1970). Además, tal como sugerí en el capítulo 1, el yo atento tiende a identificarse cada vez más con la consciencia en sí, en lugar de con los pensamientos, sentimientos o sensaciones de los que somos conscientes. Tal identificación con la consciencia –que en última instancia es una experiencia altruista que atenúa la necesidad de proteger el yo (personal)– puede reforzar nuestro sentido de una base segura interiorizada. Por último, la atención plena calma la mente. Al atenuar el volumen de estática mental, acrecienta nuestra receptividad ante las señales procedentes de todos los ámbitos del yo. Usí pues, las experiencias del yo atento no sólo están integradas, sino que son integradoras. Impulsan conexiones adaptativas entre los diversos aspectos del yo y entre yo y los demás.

Así entendida, la atención plena puede concebirse como un recurso terapéutico esencial que, al igual que la mentalización, refuerza el nuevo vínculo de apego que intentamos generar y a la vez se reforzado por él. Como cultivar estas capacidades complementarias en nuestros pacientes y en nosotros mismos es un tema que abordaré en los siguientes capítulos sobre la actitud del yo ante la experiencia.

La neurobiología del apego

> *[...] la función evolutiva del vínculo de apego va más allá de la protección física aportada al niño humano. El apego favorece que los procesos cerebrales que se ponen al servicio de la cognición social se organicen adecuadamente y se preparen, en última instancia, para dotar al individuo de la coexistencia colaborativa y cooperativa para la que está diseñado cerebro.*
>
> Peter Fonagy y Mary Target (2006)

Como los patrones psicológicos son también patrones de organización neuronal, y como el cerebro y la mente se desarrollan en el crisol de los vínculos de apego, la familiaridad con los rudimentos de la neurociencia contemporánea puede enriquecer nuestra comprensión de las múltiples dimensiones del yo. Los últimos 10 años del siglo xx se han denominado «la Década del Cerebro», debido a la explosión de la neurociencia durante este período. Las innovadoras tecnologías de la neuroimagen han ampliado tan rápidamente nuestro conocimiento de la estructura y el funcionamiento del cerebro que empieza a ser posible el cumplimiento del sueño expresado por Freud (1895/1966) en el «Proyecto de una psicología científica», la idea de que sus teorías sobre la psique puedan basarse algún día en los hechos de la neurofisiología.

El apego, la experiencia y el cerebro

Allan Schore (1994, 2002, 2003) y Daniel Siegel (1999, 2001, 2006) han establecido los vínculos conceptuales más poderosos entre el cerebro y la mente, así como entre la neurociencia y la psicoterapia. Ambos autores fundamentan su comprensión del desarrollo psicológico y cerebral en las investigaciones de la teoría del apego. Schore (2002) constata inequívocamente que el desarrollo *neuronal* y psicológico sanos en la primera infancia dependen de la receptividad sintónica de las figuras de apego: «El cerebro del niño no sólo se ve afectado por estas interacciones, sino que su desarrollo requiere interacciones cerebro/cerebro y ocurre en el contexto de un vínculo positivo entre la madre y el hijo» (p. 62). Cuando el bebé emerge del útero materno, su cerebro –constituido por miles de millones de células llamadas neuronas– es el menos diferenciado de todos sus órganos corporales. El desarrollo posterior del cerebro depende en gran medida de cómo se modula «la maduración genéticamente programada del sistema nervioso» mediante la experiencia interpersonal (Siegel, 1999, p. 2). Desde un punto de vista neurobiológico y psicológico, la experiencia más vital e influyente es la que ocurre, para bien o para mal, en el contexto de los vínculos de apego.

Siegel explica que lo que se registra en la mente y el cuerpo como «experiencia» se corresponde en el nivel neuronal con el disparo o la activación de las células cerebrales. Tales patrones de disparo neuronal establecen conexiones sinápticas que determinan la naturaleza de la estructura y el funcionamiento del cerebro. Parafraseando al neuroanatomista Donald Hebb, Siegel (1999) apunta que «las neuronas que se disparan juntas se interconectan» (p. 26). La arquitectura del cerebro es asociativa. Cuando los estímulos entrantes (el tacto sensible de la madre, su voz tranquilizadora, su mirada serena) despiertan la actividad en el cerebro del bebé, las neuronas que se disparan de forma sincronizada se conectan, estableciendo una «red neuronal» que asocia la totalidad o parte de estos estímulos maternos con un sentimiento de seguridad. De este modo, la experiencia –sobre todo la experiencia repetida– modela el «sistema de circuitos» del cerebro. Los cerebros más jóvenes están construidos para aprender de los cerebros mayores, y los vínculos de apego son el marco en el que ocurre inicialmente gran parte de este aprendizaje. Así, las conexiones relacionales se convierten en conexiones neuronales que influyen, a su vez, en la receptividad del yo a la nueva experiencia. A la inversa, la ausencia de conexiones relacionales –por ejemplo, entre el padre negador y el niño angustiado– puede impedir el desarrollo de las conexiones neuronales, limitando, a su vez, la capacidad del niño de sentir sus emociones. A este respecto, Schore y Siegal exponen una tesis convincente –corroborada en mi propia experiencia clínica–, según la cual una

familiaridad con la neurociencia básica y el impacto de los primeros vínculos en el cerebro puede contribuir a que los terapeutas presten una ayuda más efectiva a sus pacientes.

La estructura del cerebro

Empecemos por lo fundamental. Según una burda analogía, el cerebro puede concebirse como el equivalente neuronal de un dúplex adosado de tres plantas cuya estructura está dividida por la mitad (hemisferio derecho/hemisferio izquierdo) y cuyas tres alturas (tronco encefálico, sistema límbico y neocórtex) se construyen una sobre otra, de abajo arriba.

El tronco encefálico

A lo largo del desarrollo individual y de la evolución, lo primero que surge es el nivel «inferior» del cerebro, el tronco encefálico. Ya activo en el útero y plenamente operativo a nacer, el tronco encefálico debe menos a la experiencia y el aprendizaje que cualquier otra zona del cerebro. Está situado sobre la columna vertebral y aporta la maquinaria neuronal necesaria para regular las funciones corporales básicas (como el ritmo cardíaco, la respiración, la digestión) y para activar los reflejos, incluidos los que «impulsan» el proceso de apego: «El neonato se orienta hacia el olor de la madre, busca el pezón, la mira a los ojos y se agarra a su pelo. [...] Los ojos del niño se orientan hacia los ojos y la cara de su madre. Las primeras sonrisas del niño son también un reflejo controlado por el tronco encefálico para atraer a los cuidadores» (Cozolino, 2002, p. 75).

Como sustrato neuronal del yo somático, el tronco encefálico es significativo desde una perspectiva clínica porque modula la excitación y regula el sistema nervioso autónomo (SNA) que Schore (2003) caracteriza como «el fondo fisiológico de la mente» (p. 82). Los elevados niveles de excitación se relacionan con la activación del lado simpático del SNA, que nos prepara para la lucha o la huida acelerando la respiración y el ritmo cardíaco y desplazando la sangre a las extremidades. Los bajos niveles de excitación se asocian con la activación del sistema parasimpático, que conduce, en la situación extrema, a la inmovilidad tónica o la «parálisis».

En el tronco encefálico nace el nervio vago, uno de los pares craneales, que modula nuestras respuestas características en situaciones que experimentamos como seguras, peligrosas o amenazadoras para la vida. Cuando nos sentimos seguros, la rama más madura del nervio, el *vago ventral mielinizado*, pulsa el «freno vagal» que atenúa el sistema nervioso simpático (calmando el cuerpo y ralentizando el el ritmo cardíaco), de forma que posibilita el trato social. Cuando nos sentimos en peligro, se suelta el freno vagal, desinhibiendo el sistema nervioso simpático y movilizándonos para la lucha o la huida. Si percibimos un peligro mortal, el *vago dorsal no mielinizado*, más primitivo, provoca la paralización parasimpática y la inmovilización. Impotentes ante un trauma que amenaza la vida, «nos hacemos los muertos». La disociación suele ser el complemento psicológico de esta reacción física (Porges, 2006; Schore, 2006).

El sistema vagal ventral tiene el control primario no sólo de los órganos viscerales como el corazón, sino también de la musculatura de la cara y la cabeza, sin la cual es imposible la comunicación social efectiva (el contacto ocular, la vocalización con una inflexión atractiva, las expresiones faciales contingentes). Cuando el vago ventral queda anulado por el peligro o

una amenaza mortal, la consiguiente movilización simpática o la inmovilización parasimpática pueden ser adaptativas, pero cuando un trauma del pasado ha erosionado la eficiencia del freno vagal del tronco encefálico, la consiguiente propensión a la lucha, la huida o la parálisis es casi siempre desadaptativa. Prueba de ello son la irascibilidad y/o las caras inexpresivas y las voces sin inflexión de los supervivientes de un trauma que vemos en la psicoterapia (van der Kolk, 2006; Porges, 2006).

Una implicación clínica es que el tratamiento debe tener en cuenta los esquemas de infraexcitación y sobreexcitación basados en el tronco encefálico. El éxito de la terapia, sobre todo con pacientes traumatizados, radica en nuestra capacidad de leer con precisión y modular de forma efectiva sus niveles de excitación fisiológica así como sus necesidades (y miedos) de trato relacional. Esto requiere prestar atención al cuerpo, a la experiencia no verbal, y a los matices de la interacción terapéutica.

El sistema límbico

Si, según el modelo de «cerebro triúnico» de Paul MacLean (1990), el tronco encefálico es análogo al cerebro del reptil, el sistema límbico puede compararse con el cerebro paleomamífero que compartimos con otros mamíferos. Este sistema, a veces denominado «cerebro emocional», es donde procesamos los sentimientos. Tal procesamiento es crítico, porque la emoción aporta no sólo el medio fundamental para evaluar visceralmente nuestra experiencia, sino el lenguaje no verbal que posibilita la interacción social efectiva. El sistema límbico es también esencial para la memoria, el aprendizaje y la motivación, incluidas las motivaciones asociadas al apego.

A semejanza de la planta baja de un duplex que tiene fácil comunicación con la calle, el sistema límbico es el lugar donde confluyen los mundos interno y externo. Aquí, en un plano emocional, entendemos el vínculo entablado entre nosotros mismos y la exigente realidad que existe en el exterior de nuestro cuerpo. Y en función de nuestra experiencia vivida, aprendemos a definir nuestras expectativas futuras. Desde el primer contacto físico con la madre empezamos a decidir si podemos recurrir a ella en busca de consuelo. Tanto si nuestro llanto evoca su presencia tranquilizadora como si nuestra angustia suscita en ella irritación o indiferencia, estas experiencias se registran en la memoria emocional y guían nuestra evaluación posterior de la seguridad o el riesgo en otras situaciones relacionadas con el apego. El sistema límbico es, sin lugar a dudas, el sustrato neuronal del yo emocional. Alberga dos estructuras fundamentales.

La *amígdala*, que está ya desarrollada al nacer, puede describirse como la puerta sensorial del sistema límbico. Junto con el nervio vago del tronco encefálico, que nos aporta consciencia de la sensación visceral del mundo interno (corazón, pulmones, intestinos), la amígdala es responsable de las reacciones «viscerales» ante la experiencia (Schore, 2003). Este elemento, esencial para nuestra capacidad de «leer la mente en los ojos», dirige preferentemente la atención hacia los rasgos faciales y nos aporta una «sensación» intuitiva acerca de los demás (Baron-Cohen, 1999). La amígdala puede describirse también como «esencial para la supervivencia» (Rothschild, 2000), debido a su función en el desencadenamiento de las reacciones de lucha o huida. En una fracción de segundo, la amígdala puede evaluar un impulso sensorial (una cara enfadada, el gruñido de un perro), sobre

todo si este estímulo afecta a la seguridad o conlleva una amenaza.

Al indicar al tronco encefálico que active el sistema nervioso simpático, la amígdala la traduce las evaluaciones casi instantáneas de peligro en reacciones físicas que preparan el cuerpo para la huida o la lucha. Aunque algunas de estas evaluaciones se basan en universales biológicos (los seres humanos temen instintivamente las serpientes, por ejemplo), el resto está condicionado por las particularidades de la historia personal.

La amígdala, que constituye tanto un órgano de memoria como de evaluación, registra la experiencia en forma de «recuerdos emocionales» presimbólicos no conscientes (LeDoux, 1996). Estos vestigios del pasado (sobre todo los del pasado traumático), lingüísticamente inaccesibles y situados al margen de la consciencia, sesgan nuestras evaluaciones de la experiencia en el presente. Así, al oír las detonaciones del tubo de escape de un coche en una calle urbana, un veterano de guerra con un trauma asociado a los combates puede tirarse al suelo, como acto reflejo, envuelto en sudores fríos. De manera similar, los pacientes con una historia de apego traumático pueden ser propensos a leer, automáticamente como pistas de peligro social las señales que son ambiguas, poco amenazadoras o incluso positivas.

El *hipocampo* modula la tendencia de la amígdala a las reacciones indiscriminadas, incontroladas e irascibles. Está especializado en organizar la información según la secuencia y el contexto, por lo que nos permite responder de manera muy diferente ante una serpiente de cascabel, según se encuentre enroscada delante de nosotros en el camino u ovillada tras el cristal de un reptilario. Así como la amígdala, que no tiene tales poderes de diferenciación, es el acelerador que prepara el sistema nervioso simpático, el hipocampo es el freno que activa el sistema nervioso parasimpático, lo que nos permite tranquilizarnos (ralentizando la respiración y el ritmo cardíaco) cuando la emergencia se evalúa como una falsa alarma (Siegel, 1999).

En el ámbito clínico, es importante comprender que el hipocampo empieza a intervenir a partir del segundo o tercer año de vida, con la consecuencia de que, en los primeros años, la experiencia y el aprendizaje se registran en la amígdala como recuerdos emocionales inconscientes que tienden a ser globales, generalizados y, por lo tanto, desmesuradamente influyentes. En la terapia, tales recuerdos sólo son accesibles a través de las sensaciones, los sentimientos o impulsos del paciente que, a su vez, reflejan las representaciones corporales, emocionales o enactivas de las primeras experiencias.

En cambio, los recuerdos que se registran con ayuda del hipocampo –cuyas conexiones con los centros cerebrales superiores del córtex continúan madurando durante los últimos años de la adolescencia– son explícitos, lingüísticamente recuperables, y están contextualizados según el tiempo, el lugar y la persona. Así como los vínculos seguros permiten que el hipocampo en desarrollo equilibre la reactividad de la amígdala en el niño, el trauma agudo y relacional puede paralizar temporalmente el hipocampo o inhibir su desarrollo, dejando más o menos inmodulada la reactividad de la amígdala supervigilante.

Es posible que, parafraseando a LeDoux (1996), los recuerdos emocionales de la amígdala perduren siempre. Pero el miedo es una respuesta condicionada, fruto del aprendizaje asociativo. Un trauma de apego puede crear una asociación entre la proximidad y el peligro (las neuronas que se disparan juntas se interconectan). No obstante, el paciente de psicoterapia que revisa un antiguo trauma en el contexto de un nuevo vínculo de apego puede establecer

nuevas asociaciones en el cerebro y en la mente. El recuerdo y la reexperimentación de los miedos y dolores de la infancia en un contexto de seguridad puede transformar paulatinamente el pasado recordado del paciente y atenuar, en ese proceso, las reacciones automáticas, desencadenadas por la amígdala, que ha evocado durante mucho tiempo.

El neocórtex

• *Anatomía y función*

Dispuesto sobre el tronco encefálico y el sistema límbico se halla el córtex cerebral, la planta superior del dúplex neuronal. Este «cerebro neomamífero», común a nuestros parientes primates, interpreta la experiencia y organiza nuestra interacción con el mundo. Es la última parte del cerebro que surge, tanto en el plano evolutivo como en el desarrollo individual, y madura paulatinamente con la adición de experiencias y nuevos aprendizajes, casi a lo largo de toda la vida. Las partes posteriores del córtex se dedican a la percepción del mundo físico a través de los cinco sentidos y el cuerpo, mientras que las áreas frontales están especializadas en procesar la información procedente de otras partes del cerebro y en guiar la conducta.

El *córtex frontal* puede concebirse como el «cerebro ejecutivo» (Cozolino, 2002) que posibilita el pensamiento consciente, la planificación, la memoria, la acción deliberada, la atención dirigida y el razonamiento abstracto. Es la «sede» del lenguaje y de las ideas y representaciones mentales que pueden elevarse a nivel de la conciencia, donde se sopesan y manipulan. Cabe afirmar que el córtex frontal aporta el sustrato neuronal para las dimensiones simbólica/representacional, reflexiva y atenta del yo.

El área más avanzada del córtex –un área especialmente relevante para la psicoterapia– es el *córtex prefrontal*. Esta área se divide en dos zonas principales. La primera, especializada en la inteligencia cognitiva, es la zona dorsolateral que forma una red con el hipocampo y el hemisferio izquierdo, orientado a lenguaje. La segunda, especializada en la inteligencia emocional, es una zona que Siegel (2006) denomina «córtex prefrontal medio», profusamente conectado con la amígdala y el hemisferio derecho, orientado a las emociones.

La zona dorsolateral se ha descrito como la «mente racional» (van der Kolk, 2006) y la clave del «cerebro volitivo» (Libet, Freeman y Sutherland, 1999). Nos permite reflexionar de forma consciente sobre la experiencia, enfocando deliberadamente la atención hacia las percepciones, los recuerdos y/o las ideas, basándonos si es necesario en nuestras representaciones mentales del pasado, el presente y el futuro. Esta zona parece la localización neuronal de la memoria funcional, la «pizarra de la mente» (Siegel, 1999) donde utilizamos la cabeza para resolver problemas, sopesamos las decisiones e intentamos explicar las cosas.

El *córtex prefrontal medio* es una zona integradora que enlaza el cuerpo propiamente dicho, el tronco encefálico, el sistema límbico y el córtex. Schore (1994, 2002) y Siegel (1999, 2006) han puesto de relieve la centralidad de esta zona como mediadora de la conducta de apego, la regulación del afecto, la comunicación social y la mentalización. Destacan, en particular, el área cortical que se sitúa justo detrás de las ojos –el *córtex orbitofrontal* (o COF)– que puede ser «tanto una extensión del sistema límbico como una parte del córtex» (Cozolino, 2002, p. 180).

Esta área parece responsable de la decodificación de las señales emocionales a través de la

capacidad que nos aporta de «leer» signos no verbales como la expresión facial, los gestos y el tono de voz. El COF, la «parte pensante del cerebro emocional» (Goleman, 1995), desempeña un papel fundamental en la regulación del afecto, concebida como la finalidad y la consecuencia de los vínculos de apego seguro. En parte, tal regulación ocurre cuando el COF modula las respuestas rápidas de la amígdala ante la percepción de la amenaza. Además de responder a las expresiones faciales amenazadoras (al igual que la amígdala), el COF también contextualiza la amenaza y determina su grado (cosa que la amígdala no hace). Este tipo de discriminación facilita tanto la autorregulación como la vinculación social. A la inversa, el deterioro o el déficit orbitofrontal se asocia con la dificultad de gestionar las propias emociones, de evaluar el impacto de uno mismo en los demás y de responder adecuadamente a los estados anímicos y las señales sociales. EL COF, extraordinariamente conectado con todas las demás áreas del cerebro, representa una zona de convergencia y un órgano de integración que sintetiza el flujo de información transmitido a través de los canales corporales, emocionales y cognitivos. Esta capacidad de síntesis es esencial para la aptitud de actualizar los modelos internos y de sintonizar con otras personas, cualidades imprescindibles, en circunstancias de desarrollo difíciles, para forjar un apego seguro y una capacidad de inculcar seguridad en nuestros hijos. Por supuesto, estas habilidades no son menos esenciales para los terapeutas que pretenden inculcar seguridad en sus pacientes.

Aunque el COF se ha descrito como el «alto ejecutivo del cerebro emocional-social» (Schore 2002, p. 42), otra zona situada encima y detrás de él –el *cingulado anterior*– desempeña también un papel fundamental en el apego, la regulación del afecto y la mentalización. Se ha sugerido que el cingulado anterior tal vez aporta los fundamentos neuronales de la conducta materna, los sentidos implícitos y explícitos del yo y la experiencia consciente de la emoción. También puede ser la fuente de la visión más integrada del estado del cuerpo. Por último, parece responsable de la dirección, segundo a segundo, de la atención y las respuestas motoras cuando están guiadas por la emoción (Damasio, 1999; Cozolino, 2002; Allen y Fonagy, 2002).

Junto con el COF y el cingulado anterior, una tercera zona del córtex prefrontal medio –la ínsula– tiene especial relevancia para la psicoterapia. La ínsula es vital para la «interocepción», es decir, la conciencia atenta de nuestros propios estados corporales, sobre todo los viscerales. Como la sensación somática sustenta la emoción, la interocepción en la que «participa la ínsula tal vez de forma más significativa que ninguna otra estructura» (Damasio, 2003, p. 105) puede ser el motivo principal por el que sabemos cómo nos sentimos. Además, la ínsula puede ser la clave de nuestra capacidad de sentir las emociones de *los demás*, porque transmite del córtex a la amígdala nuestras impresiones sensorimotoras –la visión, el sonido y la «sensación»– de *sus* conductas afectivas (Iacoboni, 2005). Éste es el terreno de la empatía y las *neuronas espejo* a las que volveremos en breve.

• *Cómo funciona*

Hawkins (2005) ha propuesto un modelo de funcionamiento cortical que tiene importantes implicaciones clínicas. En este modelo, el neocórtex es ante todo un órgano de la memoria y la predicción. Al captar la experiencia a través de los sentidos y el cuerpo, el córtex registra los patrones experimentales repetidos como recuerdos que modelan las predicciones sobre lo que cabe esperar del futuro inmediato y lejano. Estos recuerdos corticales, almacenados como

patrones de conexiones sinápticas entre neuronas, tienen tres características definitorias: son *autoasociativos*, conllevan *representaciones invariantes* y tienen una *estructura jerárquica*.

La memoria visual aporta los ejemplos más claros. Al jugar al escondite, veo que los pies de mi hija asoman por debajo de la cortina e inmediatamente visualizo su cuerpo entero. El hecho de que la memoria cortical sea «autoasociativa» significa que la parte dispara el todo. Aunque veamos sólo un fragmento visual, nuestra memoria completa la imagen. Veamos otro ejemplo: en una sala de cine a oscuras mi atención se centra por un instante en un perfil apenas vislumbrado varias filas más adelante; al cabo de unos instantes, el perfil vagamente familiar resulta de pronto reconocible cuando, de forma espontánea, la imagen mental de la cara de un amigo salta al primer plano. ¿Cómo se produce esta traducción de la parte en el todo?

Lo que Hawkins (2005) denomina «representaciones invariantes» son patrones neuronales del córtex que almacenan la experiencia como formas independientes de las variaciones particulares (p. 69). Cuando tales formas memorísticas invariantes se activan a partir de estímulos visuales fragmentarios (o distorsionados), predicen –y, de este modo, determinan en gran parte– lo que vamos a ver. Así pues, según Hawkins (2005), «La mayor parte de lo que se percibe no proviene de los sentidos, sino que se genera en el modelo de memoria interna» (p. 202). Sin representaciones invariantes, el mundo que experimentamos sería, como el del niño, una «rumorosa y rutilante confusión» (James, 1890/1950, p. 488).

Cada zona del córtex tiene seis capas de neuronas. En la «jerarquía cortical» que describe Hawkins, esta estructura de seis capas genera nuestra experiencia subjetiva combinando impulsos sensoriales actuales, procedentes de los tres niveles «inferiores», con predicciones basadas en la memoria de los tres niveles «superiores». La influencia de la memoria en la percepción es lo que los científicos cognitivos denominan procesamiento «descendente», mientras que la acumulación de percepciones procedentes de los estímulos sensoriales se denomina procesamiento «ascendente» (LeDoux, 1996). Tal estructura es ventajosa, porque nos permite aplicar automáticamente nuestro conocimiento de la experiencia anterior al de la experiencia presente, por ejemplo, para reconocer la cara de un amigo con barba (representación invariante) aun cuando, por primera vez, lo veamos afeitado (estimulo visual en tiempo real). La desventaja de tal estructura en la que «los patrones observados ascienden por la jerarquía y las predicciones descienden» (LeDoux, 1996, p. 159) es que las expectativas impulsadas por la memoria a menudo tergiversan la nueva experiencia, con el resultado de que, por ejemplo, no reparamos en la inesperada falta de barba en nuestro amigo. Con frecuencia, lo que esperamos ver es lo único que vemos.

Lo mismo que ocurre con el funcionamiento del córtex visual se da en todos los demás tipos de estímulo, no sólo en las modalidades sensoriales sino en todos los modos en que captamos y procesamos la experiencia. Una de las implicaciones de todo esto es que lo que consideramos nuestras percepciones son siempre (más o menos) cuestión de interpretación. Y, por supuesto, tales interpretaciones están arraigadas en el pasado. Como afirma Hawkins (2005), «Gran parte de la psicología se basa en las consecuencias de la primera experiencia vital, el apego y la crianza, porque es entonces cuando el cerebro construye su primer modelo del mundo» (p. 203).

El sistema neuronal especular

[...] *un modo arcaico de sociabilidad, que no distingue el yo del otro, está profundamente imbricado en el cerebro del primate.*

Leslie Brothers (1997, p. 78)

A mediados de la década de 1990, el neurocientífico italiano Rizzolati hizo un descubrimiento extraordinario. Detectó en el córtex premotor de los monos macacos una clase de neuronas que no sólo se disparaba durante los movimientos autoiniciados, sino también durante la observación de los correspondientes movimientos en otros monos. Las investigaciones siguientes han confirmado que los seres humanos, como nuestros ancestros primates, tienen un sistema «neuronal especular» que duplica o simula en nuestro cerebro las acciones de los demás.

Pero conviene tener en cuenta que sólo las acciones *intencionales* disparan las neuronas espejo. En efecto, no es la percepción de la acción en sí lo que activa una respuesta resonante, sino la percepción de una acción tras la cual subyace aparentemente una intención. Es como si las neuronas espejo se disparasen tanto en respuesta a los estados mentales subyacentes como a las acciones que éstos suscitan. Ponen de relieve este punto ciertas investigaciones que demuestran que no sólo los estados intencionales percibidos en los demás sino también sus emociones y sensaciones corporales pueden causar que se activen las neuronas espejo, por ejemplo, cuando observamos una expresión de sensaciones en otra persona o vemos que reciben un pinchazo. Como he señalado anteriormente, se ha teorizado (Iocoboni, 2005) que la ínsula transmite nuestras impresiones de los afectos ajenis desde el córtex que percibe hasta la amígdala que dispara las sensaciones corporales.

Las neuronas espejo parecen simular en nosotros mismos tanto la conducta observada como los estados mentales inferidos (p. ej., las sensaciones) de los demás. El sistema neuronal especular se considera el sustrato neuronal de la empatía, la sintonía afectiva, la mentalización y la intersubjetividad. Puede ser incluso el fundamento de nuestra experiencia de la «unicidad» que compartimos con otros seres vivos (Allen y Fonagy, 2002; Gallese, 2001; Siegel, Siegel y Amiel, 2006).

Lateralidad: dos cerebros en uno

Cada hemisferio cerebral está especializado en el procesamiento y la representación de la experiencia de un modo diferente. El hemisferio *derecho*, que Ornstein (1997) denomina la «mente derecha», está especializado en responder de forma emocional, holística, no verbal, intuitiva, relacional y receptiva. Tiene densas conexiones neuronales con el sistema límbico y el cuerpo –incluidos, en particular, la amígdala y el SNA–, por lo que puede responder ante la experiencia de manera visceral, de dentro afuera, por así decirlo. Se dice que este hemisferio procesa la información de forma «analógica», captando y representando la experiencia como un conjunto integrado. A falta del tipo de análisis «digital» que muestrea y deconstruye la realidad con el fin de explicarla, el hemisferio derecho responde directamente a lo que es: la gestalt, el contexto completo, las partes en su interrelación, más que en aislamiento. Como permite la consciencia del contexto y las perspectivas múltiples sobre la experiencia, y como está en sintonía para decodificar la comunicación no verbal, el hemisferio derecho puede entenderse como el sustrato neuronal del yo reflexivo o mentalizador. También se cree que el

hemisferio derecho es la sede del inconsciente y del proceso primario de Freud.

El hemisferio *izquierdo* está diseñado para responder en un registro totalmente diferente. Como fuente del pensamiento consciente –el proceso secundario de Freud–, representa la experiencia de manera lingüística, según una lógica lineal. Su unidad primaria de información es la palabra. Si examinamos nuestro pensamiento consciente, normalmente descubrimos que consiste ante todo en una sucesión de palabras; aunque el contenido de nuestro monólogo interior puede estar informado por el hemisferio derecho, su expresión verbal es principalmente fruto del izquierdo. Si dependemos en exclusiva del hemisferio izquierdo, que está especializado en la atención a los detalles, los árboles no nos dejan ver el bosque.

También parece haber una división del trabajo emocional entre los dos hemisferios. El izquierdo parece activarse con la experiencia de las emociones moderadas y positivas, y el derecho con las emociones que son muy intensas y/o de carácter negativo. En consecuencia, parece que el hemisferio izquierdo media en la aproximación, mientras que el derecho media en el distanciamiento.

El acceso a ambos hemisferios es esencial para la flexibilidad que posibilita la adaptación efectiva. Por lo tanto, a menos que no logren comunicarse entre sí, «es mejor tener dos hemisferios que uno». Afortunadamente, el cerebro está configurado para impulsar la comunicación entre los hemisferios. El *cuerpo calloso*, un haz de fibras nerviosas que conecta las dos mitades del cerebro, nos permite sacar partido de las capacidades especiales de cada hemisferio y beneficiarnos de su integración armónica; por ejemplo, la integración de la receptividad emocional del hemisferio derecho y el análisis del izquierdo (Schore, 2003; Siegel, 1999; Cozolino, 2002).

La integración y el cerebro

Los vínculos sanos de apego, sobre todo en los primeros años de vida, son necesarios para el desarrollo y la integración de las funciones del hemisferio derecho y el izquierdo, así como de las funciones límbicas y corticales. Tal integración propicia que las diversas capacidades cerebrales –sensorial, motora, emocional, analítica, etc.– se asocien funcionalmente para posibilitar el uso más coordinado y adaptativo de todos los recursos potenciales del cerebro.

Téngase en cuenta que estas variedades de integración cerebral (izquierda/derecha y abajo/arriba) son el corolario neuronal de integración psicológica, que no es sólo el fruto del apego seguro sino también el objetivo de la psicoterapia. Este tipo de integración psicológica –que conecta los diversos estados anímicos así como la mente y el cuerpo, el pensamiento y sentimiento, la autodefinición y la vinculación– propicia que tengamos acceso a la profundidad y la amplitud de toda nuestra experiencia. Tal integración nos permite desarrollar y armonizar las múltiples dimensiones de yo, en lugar de sentir la necesidad de negar y repudiar algunas partes de nosotros mismos.

A quienes desempeñamos una labor clínica nos puede alentar la investigación que pone de relieve que el cerebro del adulto, como el del niño en desarrollo, puede remodelarse mediante la experiencia actual, que no sólo establece nuevas conexiones neuronales sino que altera la estructura física del cerebro. Este hallazgo de la plasticidad neuronal sugiere que la recreación de una matriz de apego semejante a aquella en la que se desarrollan en un primer momento el cuerpo, el cerebro y la mente puede ser crucial para impulsar de forma efectiva el cambio

terapéutico.

Recapitulación: el apego, la mente corporizada y el cuerpo consciente

[...] [...] *el cerebro es el público cautivo del cuerpo.*
Antonio Damasio (1994, p. 158)

En *El error de Descartes*, Damasio (1994) recaba datos neurológicos para sostener la inseparabilidad de la mente y el cuerpo. Afirma que los sentimientos son en esencia lecturas mentales de los estados corporales y que la razón –para ser verdaderamente racional– debe basarse en las señales emocionales que emergen del cuerpo. Sin embargo, aunque la «mente corporizada» (Varela, Thompson y Rosch, 1992; Lakoff y Johnson, 1999) ha llegado a ser reconocida por muchos científicos y filósofos como un hecho de la condición humana, su realidad no es un dato incuestionable para aquellos de nosotros –tanto pacientes como terapeutas– que a menudo vivimos como si habitáramos una mente descorporizada o un cuerpo sin mente.

La integración de las diversas dimensiones del yo (somático, emocional, representacional, reflexivo, atento) y la interconectividad entre los diversos ámbitos del cerebro (hemisferio izquierdo y derecho, región cortical y subcortical) son dos caras de la misma manera. Estos tipos de integración, que son consecuencia de una historia de apego seguro y constituyen el objetivo de una psicoterapia orientada al apego, pueden impulsar la experiencia subjetiva de una mente corporizada y un cuerpo consciente.

Con una mente corporizada, nos sentimos con los pies en la tierra, y dirigimos nuestras acciones desde el interior. Tenemos un acceso útil, enriquecedor desde el punto de vista psicológico, a nuestras sensaciones somáticas y a las emociones. Tenemos la sensación de que los modos en que pensamos y sentimos «surgen de un cuerpo humano vivo a través del cual se modelan y reciben significado » (Lakoff y Johnson, 1999, p. 6).

Los pacientes que pueden describirse, en lo que respecta al apego, como elusivos o negadores suelen estar (más o menos) «descorporizados». En palabras de un paciente, «Me cierno sobre mi experiencia en lugar de aterrizar en mi cuerpo». Para estos pacientes el funcionamiento del cuerpo, o la forma en que se ve desde el exterior, puede ser importante, pero no lo es tanto la manera en que se siente o se percibe desde el interior. Al operar con una dominancia del hemisferio izquierdo, puede parecer que viven como ajenos al hemisferio derecho, orientado a las emociones. Sin embargo, están atenazados por poderosos «reflejos» subcorticales que restringen sus acciones y alejan su atención de los sentimientos y sensaciones. La utilidad terapéutica para dichos pacientes consiste en ayudarles a recuperar el sentimiento, a sentir el cuerpo como una parte inherente y esencial del yo.

En marcado contraste con los pacientes que parecen habitar una mente descorporizada, otros semejan alojados en un cuerpo «sin mente», un cuerpo que rige el yo porque sus expresiones no pueden ser cuestionadas por la mente. Estos pacientes, a menudo preocupados o irresolutos con respecto al trauma, pueden sentirse tiranizados por el cuerpo, que a veces los traiciona. A menudo son «somatizadores» cuyos recuerdos y emociones se expresan a través del lenguaje corporal. Cuando tales recuerdos o emociones resultan intolerables, el cuerpo que se apodera

de ellos queda abandonado desde el punto de vista psíquico. El abandono del cuerpo –la disociación– aporta «una salida cuando no hay escapatoria» (Putnam, 1992, p. 104). Tales pacientes son incapaces de acceder a los recursos de un cuerpo consciente, un cuerpo que no sólo puede ser percibido y conocido sino que puede percibir y conocer.

Como apunta Siegel (2005, 2006), el corazón y los intestinos (cuyas estructuras celulares envolventes imitan las del cerebro) funcionan como órganos no sólo de la circulación y la digestión, respectivamente, sino de la percepción; de ahí la literalidad de las expresiones «dolor de corazón» o «reacciones viscerales». Cuando somos capaces de «mentalizar el cuerpo» (Damasio, 1994), tenemos acceso a una profunda autoconsciencia *y* una consciencia de los demás que, de otro modo, resulta inalcanzable. Tener un cuerpo habitado por la mente y una mente informada y animada por el cuerpo nos ayuda a estar presentes de una manera más plena, un punto vital al que volveré en breve.

Los terapeutas podemos impulsar tal integración en nuestros pacientes de la misma manera que los padres eficaces impulsan la integración en sus hijos con apego seguro, es decir, reconociendo todo un conjunto de comunicaciones, implícitas y explícitas, transmitidas a través de sus cuerpos, emociones o palabras, y reaccionando ante ellas con sintonía. Este tipo de receptividad de «pleno espectro» puede contribuir a que nuestros pacientes desarrollen capacidades e integren experiencias (por lo general, las del cuerpo y la mente) para las que sus apegos iniciales no dejaban suficiente espacio.

Vuelta al cerebro

Para propiciar la integración de la mente y el cuerpo –el pensamiento y el sentimiento, la consciencia de la experiencia– en nuestros pacientes, es interesante analizar a fondo las implicaciones clínicas de algunos hallazgos recientes de la neurociencia, entre los que se incluyen algunos a los que ya nos hemos referido con anterioridad.

El primero (Damasio, 2003; Siegel et al., 2006) es el que sugiere que, tanto en la evolución como en el desarrollo individual, las estructuras «superiores» del cerebro (corticales/del hemisferio izquierdo) están construidas sobre las «inferiores» (subcorticales/del hemisferio derecho) y a menudo dominadas por ellas. En consonancia con este esquema de influencia, el «tráfico» neuronal es mucho más denso en sentido ascendente –desde la amígdala (la reacción del miedo) hacia el córtex (la gestión del miedo)– que en sentido descendente (LeDoux, 1996). Estos hechos apuntan la conveniencia de adoptar en la psicoterapia un enfoque ascendente que fundamente la labor clínica en las sensaciones corporales y las emociones que sustentan la conducta y el pensamiento. También invitan a prestar una mayor atención a la dimensión no verbal, fundamentalmente dominada por el cerebro derecho, del vínculo terapéutico expresado a través de lo que se percibe, se siente y se hace, y no tanto a través de lo que se dice (van der Kolk, 2006; Ogden, Pain, Minton y Fisher, 2005; Schore, 2005).

En segundo lugar, la influencia neuronal que *fluye* del córtex a la amígdala surge fundamentalmente de la zona *prefrontal media* del córtex, más que de la *dorsolateral*. La primera, como recordará, es un integrador de los impulsos procedentes de todo el cerebro y contribuye a la regulación del afecto, mientras que la segunda (la «mente racional») está especializada en el procesamiento de la información consciente, en gran medida verbal. La implicación clínica de toda esta falta (más o menos notable) de conexión entre las regiones

dorsolateral y límbica es que la reflexión en voz alta sobre las emociones difíciles con nuestros pacientes –sobre todo con los pacientes traumatizados– puede ser útil (véase más abajo) pero insuficiente.

Además es preciso activar el córtex prefrontal medio, contribuyendo a que estos pacientes presten atención a la experiencia interna, sobre todo la experiencia corporal, incluida la respiración. Prestar atención al cuerpo puede ser algo muy costoso para estos pacientes. Sin embargo, se trata de un recurso poderoso para reforzar sus capacidades de autorregulación y regulación del afecto (van der Kolk, 2006). Esta atención interoceptiva es una forma de atención plena que ayuda a centrar a los pacientes en el momento actual, modulando potencialmente la angustia asociada con el pasado traumático y el temido futuro. Al pedir a los pacientes que etiqueten lo que sienten en el cuerpo, intervienen las capacidades corticales en el procesamiento de la experiencia dolorosa subcortical (p. ej. somática/afectiva). Se les invita a *observar* esa experiencia en lugar de limitarse a identificarse con ella y sentirse abrumados. La intensificación de la conciencia corporal, junto con la creciente convicción de que los sentimientos pueden ser dolorosos sin resultar intolerables, sienta las bases del procesamiento consciente y la integración de la experiencia anteriormente disociada (Ogden, 2006).

En tercer lugar, recordemos la teoría del funcionamiento del córtex laminado. Las tres capas inferiores procesan los estímulos actuales procedentes de los sentidos y el cuerpo. Las tres capas superiores hacen predicciones sobre la experiencia futura a partir de los recuerdos almacenados como «representaciones invariantes» que pueden representar erróneamente la realidad actual (Hawkins, 2005). Una implicación clínica de tal estructura es que, con el fin de atenuar el efecto de las falsas representaciones invariantes (p. ej., modelos funcionales internos trasnochados), debemos cultivar la atención plena de nuestros pacientes hacia la experiencia del aquí y el ahora. Al ayudarles en ese proceso (Kabat-Zinn, 2005), disminuimos la probabilidad de que el flujo de datos de la experiencia presente que asciende por la jerarquía cortical se vea anulado por el flujo descendente de los recuerdos y predicciones.

Por último, hay hallazgos neurocientíficos que afectan directamente a la mentalización y la atención plena. Con respecto a la primera, algunos estudios muestran que la mentalización activa no sólo el córtex prefrontal sino también la amígdala (Allen y Fonagy, 2002; Lieberman, en prensa). La implicación es que, con el fin de ejercer verdaderamente la capacidad de mentalización, nuestros pacientes deben abordar sus sentimientos inquietantes *mientras los sienten*; de otro modo, se trata sólo de una pseudomentalización (Fonagy, comunicación personal, 2006). Las investigaciones muestran también que, si se logra que el lenguaje influya en la experiencia angustiosa –un rasgo esencial de la mentalización explícita–, se puede reducir su impacto neuronal. Los sujetos a los que se mostraron imágenes inquietantes y se les pidió que las describieran mostraron mucha menor activación de la amígdala que aquellos expuestos a las imágenes pero sin la instrucción de verbalizarlas (Hariri, Bookheimer y Mazziotta, 2000; Hariri, Mattay, Tessitore, Fera y Weinberger, 2003). Asimismo, existen indicios de que la «reevaluación» o «reformulación» de la experiencia emocional difícil puede modular la reactividad en la amígdala (véase Ochsner y Gross, 2005). Este tipo de estudios aboga por un enfoque integrado –descendente y ascendente– para el tratamiento, pues parece que se puede intensificar la regulación emocional cuando los recursos corticales/del hemisferio izquierdo (lenguaje, interpretación) participan en el procesamiento en tiempo real

de la experiencia subcortical/del hemisferio derecho (sentimientos corporales).

Las investigaciones cerebrales indican también que se puede favorecer la regulación emocional mediante una concentración atenta en el cuerpo que respira. Austin (1999), al observar que las exhalaciones más largas se producen mediante la atención meditativa a la respiración, cita algunos datos que sugieren que *la espiración reduce la activación de la amígdala*, «calmando así el cerebro» (p. 94) y el cuerpo. Lazar et al. (2005) observa que quienes practican la meditación centrándose en la respiración muestran una mayor densidad cortical, sobre todo en la ínsula que conecta el córtex con el sistema límbico, integrando los pensamientos con los sentimientos corporales. A propósito de un estudio anterior en el que un conjunto de personas que aprendían a hacer malabarismos mostraban una mayor densidad en las áreas motora y visual del córtex, los autores proponen que la atención a la respiración y a otras sensaciones internas es una práctica de interocepción que previsiblemente «construye» la ínsula, tal vez facilitando, en ese proceso, el acceso a nuestras propias emociones y a la empatía por las de los demás.

En términos generales, si se propicia que la atención consciente influya en determinadas facetas de nuestra experiencia, parece que se disparan las neuronas en zonas del cerebro asociadas con tales experiencias. Cuando la conciencia se centra *reiteradamente* en tales experiencias, se generan nuevas conexiones sinápticas, lo que eventualmente da lugar a la «remodelación cortical» (Lazar et al., 2005, p. 1895). La implicación clínica es que, al observar reiteradamente y *conectar* diversos aspectos de la experiencia del paciente –somáticos, emocionales, representacionales, etc.–, podemos establecer nuevas conexiones en su cerebro. Tal conectividad es el equivalente neuronal de la integración psicológica que esperamos aportar al paciente a través de un vínculo que sea más inclusivo y colaborativo que los que originariamente lo configuraron.

Con el fin de contribuir que el paciente aproveche al máximo el nuevo vínculo de apego que intentamos proporcionarle, es esencial comprender los diversos patrones de apego inicial, tanto seguros como inseguros. La comprensión del modo en que los cuidadores posibilitan el apego seguro puede ayudarnos a adaptar nuestras respuestas a los pacientes de modos que promuevan la integración y la seguridad. La comprensión de las variedades de apego inseguro puede ayudarnos a identificar las experiencias para las que los primeros apegos de los pacientes no dejaron espacio, y a ofrecerles el tipo de receptividad que posibilita la integración final de tales experiencias.

1. Conviene precisar que, así como algunos autores emplean los términos «emoción», «afecto» y «sentimiento» indistintamente, yo prefiero utilizar la palabra «emoción» para designar la categoría general de la excitación

psicofisiológica y la receptividad a la experiencia, mientras que reservo el vocablo «afecto» para describir cómo se ve la emoción desde fuera del cuerpo y el «sentimiento» para describir cómo se siente la emoción desde el interior del cuerpo (véase Rothschild, 2000; Nathanson, 1992; Siegel, 1999; Damasio, 2003).

2. A este respecto, Bucci (2003) habla del «núcleo afectivo» de nuestras representaciones internas o modelos funcionales, para los cuales –a la luz de lo que los impulsa– Bucci prefiere utilizar el término «esquemas emocionales».

6 Las variedades de la experiencia de apego

Nuestros primeros vínculos de apego definen el proyecto inicial de la mente. Los patrones de comunicación interpersonal en dichos vínculos se interiorizan como el conjunto de esquemas estructurados conocidos como el yo. En el plano de las representaciones enactivas implícitas –p. ej., los modelos funcionales internos– el medio es el mensaje. La estructura de nuestros diálogos de desarrollo con las personas de quienes depende nuestra supervivencia se convierte en la estructura inicial de nuestro mundo interior (Lyons-Ruth, 1999; Main y Goldwyn, 1984-1998; van IJzendoorn, 1995).

En el nivel más sencillo, aquella parte de la comunicación no verbal del niño que evoca una respuesta sintónica en el progenitor se da por válido, por así decirlo, mientras que se descarta todo aquello que suscite una respuesta aversiva (o pase desapercibido). Según ponen de manifiesto las investigaciones de Main, las reglas que el niño infiere de estos primeros intercambios no sólo rigen su conducta sino todo aquello que se permitirá sentir, desear, pensar y recordar. Estas reglas se codifican en los modelos funcionales internos del niño, donde preserva el conocimiento de las historias de apego y define sus vínculos actuales y futuros con los demás y consigo mismo (Main et al., 1985).

¿Pero hasta qué punto son estables los patrones de apego de la infancia? Al resumir los resultados de los principales estudios longitudinales, Fonagy señala que las clasificaciones de *seguro* frente a *inseguro* en la Situación Extraña a los 12 meses de edad coincidieron con las clasificaciones de la AAI en la edad adulta en el 68-75% de los casos: «Es un nivel de consistencia sin precedentes entre la conducta observada en la infancia y los resultados en la

edad adulta» (Fonagy et al., 2002, p. 40). Los resultados actuales del estudio inicial de Mary Main demuestran un nivel de consistencia superior al 80% entre la primera infancia y los 19 años de edad, pero sólo si se excluye del análisis a los pacientes con traumas. El trauma (para estos participantes, no abusos sino otras formas de trauma como la muerte de un progenitor) puede cambiarlo todo, y generalmente no para mejor (Main et al., 2005). Por otra parte, hay adultos con historias que predicen inseguridad, pero relatos de AAI coherentes que reflejan el logro de lo que se denomina apego «seguro adquirido». Este tipo de datos, esperanzadores para la psicoterapia, así como el estudio que muestra que el matrimonio puede transformar el apego inseguro en apego seguro en los adultos, sugiere que los modelos funcionales de apego del individuo pueden verse influidos favorablemente por los cambios en la naturaleza de los vínculos de apego (Hesse, 1999; Crowell, Treboux y Waters, 2002).

Para los pacientes con apego inseguro, los nuevos vínculos de apego con el terapeuta pueden ser esenciales con el fin de integrar experiencias que no se acomodan a sus primeros vínculos. Si bien es cierto que los apegos de la infancia estructuran inicialmente el yo, el apego del paciente con el terapeuta puede reestructurarlo posteriormente, transformando un modelo funcional inseguro en uno seguro adquirido. Para que la psicoterapia sea transformadora en este sentido, debe hacer espacio al pasado disociado y ofrecer al paciente un modelo nuevo de vínculo en el presente. La integración de las viejas experiencias y la creación de otras nuevas pueden ser las dos caras de una misma moneda (Lyons-Ruth, 1999; Amini et al., 1996).

En el intento clínico de aportar un vínculo de apego, el conocimiento de las variedades de la experiencia de apego –seguro e inseguro– puede ayudarnos a identificar y a crear espacio para los sentimientos, pensamientos y modos de ser con los demás que no tenían cabida en los primeros vínculos del paciente. Tal conocimiento refuerza la capacidad de imaginar, comprender y reaccionar con empatía ante la experiencia subjetiva y las historias de la infancia de nuestros pacientes. Además, puede orientarnos en cuanto a la postura terapéutica específica más adecuada para las necesidades de desarrollo de cada paciente.

Patrones de apego en la infancia y en etapas posteriores

El pionero estudio longitudinal de Mary Main se inició en la década de 1970 y consistió en el seguimiento, desde la primera infancia hasta el principio de la edad adulta, de los hijos de un grupo de familias. Cinco años después de que los bebés participaran en dos evaluaciones de la Situación Extraña –uno con la madre, otro con el padre–, Main emprendió la evaluación de sus familias mediante grabaciones en vídeo estructuradas, como en la Situación Extraña, en torno a la separación y el reencuentro.

Con el fin de ampliar las investigaciones del apego más allá de la Situación Extraña, Main no sólo se centró en la conducta de apego después de la infancia sino que también, y de forma más significativa, intentó esclarecer las representaciones mentales –los modelos funcionales internos– que supuestamente definían la conducta de apego a lo largo de toda la vida. A semejanza de un arqueólogo que recopila artefactos excavados con el propósito de imaginar civilizaciones que ya no existen, Main seleccionó «artefactos representacionales» de sus sujetos (p. ej. las transcripciones de la AAI de los padres y los dibujos de familia de los hijos) con el fin de visualizar sus mundos interiores invisibles.

Sus hallazgos (Main et al., 1985) con respecto a la experiencia y la representación del apego en los bebés, los niños de seis años y los adultos explican en detalle el desarrollo, las características y las consecuencias de cada uno de los cuatro estados anímicos primarios con respecto al apego. El resumen expuesto en las páginas que siguen, como reconocimiento de la influencia *dominante* de los modelos/reglas de apego, pretende resaltar la continuidad estructural de los patrones representacionales que emergen en la infancia, evolucionan con el tiempo y se expresan en múltiples modalidades (entre las que se incluyen la conducta no verbal, el lenguaje, la imaginería, etc.). Tal continuidad a lo largo de las diversas dimensiones de yo es el motivo por el que resulta de suma importancia reconocer y comprender los patrones de apego de nuestros pacientes (y los nuestros).

El apego seguro/autónomo: libertad para conectar, explorar y reflexionar

En la Situación Extraña, un bebé clasificado como seguro mostraba típicamente un equilibrio flexible entre la búsqueda de consuelo en la proximidad de su madre y la exploración del cuarto lleno de juguetes en solitario. Aparentemente no había exigencia ni expectativa por parte de la madre de que ella fuera o no el objeto de atención del niño.

Ahora observemos la continuidad: el mismo niño, a los seis años de edad, solía mostrarse abierto en el plano emocional. Cuando se le mostraba una fotografía evocadora que representaba la separación, comentaba tranquilamente los sentimientos del niño de la foto e imaginaba la causa que los había originado. Además, podía idear una solución constructiva para la crisis, a semejanza de la conducta del bebé seguro que, después de la «crisis» de la separación, se acercaba a su madre con placer, lograba encontrar consuelo en ella y luego reanudaba la exploración y el juego. De manera similar, su conducta tras el reencuentro con sus padres era cálida y acogedora, y su intercambio verbal con ellos se evaluaba como «desenvuelto», más fluido que forzado, equilibrado en lo que concierne a los turnos conversacionales y marcadamente ilimitado en cuanto al foco. El dibujo de familia del niño seguro de seis años solía ser realista; a menudo representaba a los padres y a los niños de pie, unos cerca de otros, con los brazos estirados, como abiertos al contacto. Cuando le entregaban una instantánea Polaroid tomada al principio de la evaluación, el niño de seis años mostraba placer, sonreía o comentaba algo y luego devolvía la fotografía. La colega de Main, Nancy Kaplan, clasificó a este tipo de niños en la categoría de «seguro-con recursos» (Main et al., 1985; Main, 1995, 2000).

¿Qué revela la investigación sobre los padres de esos niños seguros? En primer lugar, las transcripciones de la AAI solían situarse en la categoría de «seguro-autónomo». El contenido y la forma de tales transcripciones mostraban la capacidad de los padres para valorar libremente los vínculos de apego y reflexionar de manera objetiva sobre ellos. Main describió el «modo de discurso» de estos padres como coherente y colaborativo; su atención parecía oscilar de manera flexible entre las preguntas del entrevistador y sus propios recuerdos, sentimientos y pensamientos. Al revisar el terreno evocador de sus historias de apego, estos padres se mostraban plenamente «presentes», atentos y abiertos a las emociones sin verse dominados por ellas. Incluso cuando recordaban ciertas experiencias perturbadoras con sus propios padres, eran capaces de mantener una perspectiva equilibrada que reflejaba su afán de comprender a los padres y, a veces, de perdonar.

A este respecto, Main identificó posteriormente a un subgrupo de padres seguros –denominados «seguros adquiridos»– que describían historias infantiles problemáticas y dolorosas, del tipo que suele asociarse con el apego inseguro, pero que sin embargo hablaban de forma coherente y colaborativa a sobre ellas (Main y Goldwyn, 1984-1998). Estos adultos «seguros adquiridos» –y éste es un dato muy alentador para la psicoterapia– a menudo habían tenido vínculos emocionalmente significativos con amigos, parejas y/o terapeutas (Siegel, 1999).

Los padres de los niños seguros también eran capaces de considerar –y reconsiderar– sus experiencias de apego al tiempo que las recordaban. Esta capacidad crucial de *tener* experiencias y *reflexionar* sobre ellas, de situarse a la vez dentro y fuera de la propia experiencia, es lo que Main (1991) denomina *monitoreo metacognitivo*. Junto con la capacidad de los padres seguros de ser conscientes de una amplia gama de recuerdos, sentimientos y pensamientos relacionados con el apego, y de integrarlos, se advirtió que su capacidad de monitoreo metacognitivo reflejaba modelos funcionales seguros o estados anímicos relativos al apego.

Main propuso que tales modelos o estados anímicos, precisamente por ser abiertos, flexibles y automonitorizados, en lugar de restringirse a un conjunto de reglas atencionales, eran lo que posibilitaba la receptividad sensible con la que los padres seguros criaban hijos seguros. Estos padres, con su escasa o nula necesidad de censurar o recortar las «noticias» internas relativas al apego, podían ser receptivos ante el amplio espectro de comunicaciones y señales interpersonales del niño. La inclusión del diálogo de desarrollo aporta el sustrato relacional para la integración psicológica –el equilibrio entre el apego y la exploración, la vinculación y la autodefinición– que puede ser el legado con el que se forje una historia de apego seguro en el niño.

Como veremos enseguida, los hijos de padres inseguros no parecían tan afortunados.

Apego elusivo/negador: un aislamiento no tan espléndido

Por lo general, el niño elusivo carecía de la flexibilidad y los recursos que caracterizaban al niño seguro. En la Situación Extraña, iniciaba la exploración hasta excluir casi por completo la conducta de apego. A los 12 meses evitaba activamente a su madre, tal vez en respuesta al rechazo recibido de ella en las primeras peticiones de contacto físico y emocional, o bien a una crianza intrusiva, controladora e hiperestimulante, como han sugerido otros investigadores (Sroufe, 1996). Como si toda su canción tuviera una sola nota, el despliegue emocional del niño elusivo se limitaba al interés que mostraba por los objetos. Sin embargo, aunque el niño elusivo aparentemente no se inmutaba durante la separación y ninguneaba a la madre tras el reencuentro, su reacción *fisiológica* señalaba inequívocamente su angustia (Sroufe y Waters, 1977b). Ha aprendido a reprimir la expresión automática de las emociones asociada con la separación y el apego, pero eso no significa que no las sienta.

De nuevo, veamos la continuidad: el mismo niño que, de bebé, se comportaba como si ya no esperara el consuelo de su madre era capaz, a los seis años de edad, de poner nombre a la tristeza experimentada por los niños en las fotografías de separación, pero no de idear una solución para la crisis de separación. Y al igual que el bebé había ignorado a la madre en el reencuentro de la Situación Extraña, el de seis años también lo hacía, sólo que de manera más

sutil. Su interacción tras el reencuentro se describía como «restringida»: Dejando toda la iniciativa progenitor, el niño elusivo respondía sólo mínimamente; la conversación era titubeante y los temas abordados, impersonales. El dibujo de familia –descrito por los investigadores como «inseguro-invulnerable»– generalmente representaba figuras poco diferenciadas, cada una con una «cara feliz» estereotípica, alejadas entre sí, a menudo flotando en el aire, a veces sin brazos. (Aquí Main nos invita a recordar la aversión de la madre negadora al contacto físico con su bebé). Cuando al niño elusivo de seis años le presentaban la foto de familia, la rechazaba, o incluso la tiraba al suelo (Main, 1995, 2000).

En casi todos los casos, los padres de los niños elusivos estaban clasificados como «negadores», en parte porque aparentemente minimizaban la importancia e influencia de los vínculos de apego. En el contexto AAI, donde el modo de discurso de estos padres no era coherente ni colaborativo, sus rasgos característicos ponían de relieve la falta de recuerdos sobre las experiencias infantiles y la contradicción entre los vínculos idealizados que decían tener y los más problemáticos que al parecer habían vivido.1

Más sorprendente que las transcripciones de la AAI de los padres negadores era la discrepancia entre los encomiosos descriptores que elegían inicialmente para caracterizar su relación con sus propios padres –en el peor de los casos, «normales» y generalmente entre «muy buenas» y «excelentes»– y los recuerdos, a menudo desalentadores, que posteriormente relataban al explicar su selección. Sus descripciones idealizadas o normalizadoras carecían de fundamento («No lo recuerdo») o se desmentían con la experiencia referida en un momento posterior de la entrevista.

Main ilustra tal inconsistencia con el ejemplo de una madre que caracterizó a su madre como «cariñosa, atenta [...] y un gran apoyo»:

> Una vez me rompí el brazo jugando el jardín. Mi madre se enfadaba mucho con esas cosas, detestaba ese tipo de episodios. Me dolió durante mucho tiempo pero nunca se lo dije. Lo averiguó por algún vecino, seguramente por el modo en que doblaba el brazo. [...] No le gustaban los lloricas. Yo siempre intentaba no llorar porque ella era una persona muy fuerte. (Main, 2000, pp. 1084-1085).

De niña, la madre a la que describe Main había aprendido a inhibir sus sentimientos, impulsos y conductas de apego. Ya en la edad adulta, elude tales sentimientos e impulsos a través de la idealización del «cariño, la atención y el apoyo» de su madre. Cuando el recuerdo doloroso amenaza la idealización, la reafirma describiendo las carencias de su madre como signos de fortaleza: «Yo siempre intentaba no llorar porque ella era una persona muy fuerte». De este modo, los adultos negadores suelen «justificar» el aislamiento emocional de sus hijos explicando que el rechazo, la desatención o la ira de sus padres eran una escuela dura, pero a la postre una buena escuela que potenciaba la autosuficiencia y la determinación.

Los padres de los niños elusivos en la investigación de Main mantenían de forma activa, aunque inconsciente, este aislamiento emocional. Minimizaban el potencial evocador de las experiencias pasadas de apego a través de la idealización (o la devaluación), la desatención selectiva y la insistencia en la falta de recuerdo. En el aquí y el ahora de la entrevista, mantenían una distancia emocional a través de una postura que conservaba rasgos de sus padres desdeñosos y de sus propios hijos elusivos. Estos padres, aparentemente los interesados en acabar la entrevista que en colaborar de manera auténtica, rechazaban de forma sutil (y a veces

no tan sutil) al entrevistador: «¿Mi madre? Nada de nada. Relación cero. ¿Siguiente pregunta?» (Hesse, 1999, p. 403). Y al igual que sus hijos, no experimentaban –ni sentían de otra manera expresable– angustia, vulnerabilidad o ira. Sin embargo, como demostraron las investigaciones posteriores mediante medidas fisiológicas de angustia, la falta de afecto en los adultos negadores –como en los niños elusivos– es sólo aparente (Dozier y Kobak, 1992).2

Los niños elusivos y los padres negadores compartían un modo de experiencia en el que la atención al apego estaba radicalmente restringida. Ambos grupos ocupaban, en apariencia, un mundo representacional regido por reglas que minimizaban la consciencia de los sentimientos en general y de los asociados al apego en particular. Las «noticias» sobre este mundo achatado en lo emocional, tal como se registraba internamente y se «difundía» en el ámbito público, tendían a ser buenas, como si reflejasen exclusivamente la necesidad de sentirse fuertes, autosuficientes e independientes (o aparentarlo). No obstante, las investigaciones de Main señalaban también otros rasgos de este paisaje interior que estaban, por así decirlo, ocultos en las sombras. Podemos apreciar evidencias clínicas de esa experiencia sombría, de difícil acceso, en pacientes negadores que proyectan en los demás sus propias necesidades, vulnerabilidades e iras desmentidas.

La motivada desatención respecto de las experiencias de apego imponía limitaciones significativas a los padres negadores y a los hijos elusivos. Al desentenderse del apego, estos padres tenían que distanciarse tanto de los demás como de sus propios anhelos más profundos. En ese proceso, no sólo mermaban su capacidad de reflexionar sobre la experiencia (interna e interpersonal), sino su capacidad de responder con sensibilidad ante las señales de sus hijos. Para preservar el estado anímico negador que posibilitó su propia supervivencia emocional, los padres negadores tenían que ignorar o acallar las necesidades de apego de sus hijos. Como reacción, los niños elusivos, con sus necesidades bloqueadas, aprendían a vivir como si no las tuvieran.

Anticipándose a otras investigaciones posteriores sobre la naturaleza coconstruida de los vínculos de apego, Main teorizó que este tipo de «cooperación diádica» podía explicar cómo habían llegado a adoptar los hijos elusivos los modelos y reglas de los padres negadores (Main et al., 1985). Esencialmente, sugería que lo que se representaba en el vínculo con los padres era interiorizado por el niño. Los padres negadores generan diálogos de desarrollo que excluyen la expresión de las necesidades de contacto físico y emocional. A su vez, los niños interiorizan dichos diálogos en forma de modelos funcionales no integrados donde no hay cabida para el deseo –y mucho menos para el intento– de satisfacer tales necesidades.

Sin embargo, la necesidad de consuelo y conexión ante la amenaza o el dolor forma parte del diseño evolutivo. No puede extinguirse; sólo es posible defenderse de ella. Ésa es la finalidad de las estrategias elusivas/negadoras que pretenden minimizar la conciencia de los impulsos de apego internos o externos con el fin de desactivar el sistema conductual del apego (Main, 1995).

Tales estrategias «minimizadoras» o «desactivadoras» se integran en los modelos funcionales contradictorios –conscientes inconscientes– que modelan la experiencia interna e interpersonal de los individuos elusivos/negadores. Un modelo se adopta conscientemente y conlleva un sentido de que el «yo» es bueno, fuerte y completo, mientras que los demás son seres poco fiables, necesitados e inadecuados. El segundo modelo, que es inconsciente y

temido, entraña un sentido inquietante de que el «yo» es imperfecto, dependiente e indefenso, mientras que los demás van a reaccionar con una respuesta de rechazo, control y punición. Las estrategias desactivadoras sustentan el primer modelo como defensa contra segundo (Mikulincer y Shaver, 2003). Más en concreto, estas estrategias promueven la distancia, el control y la autosuficiencia (la esencia del modelo consciente) al tiempo que inhiben la experiencia emocional que podría activar el sistema de apego (tal como se representa, de forma desalentadora, en el modelo inconsciente).

Los terapeutas a menudo podemos observar evidencias clínicas de estos modelos contradictorios en los pacientes negadores que «trasladan» a los demás su propia vulnerabilidad aparente, pues los experimentan como débiles, pesados e indeseables. Más en general, la autoestima exagerada de estos pacientes parece afianzarse a costa de encontrar defectos en las personas de las que, en otras circunstancias, dependerían y a las que amarían.

Apego ambivalentes/preocupado: no hay cabida para una mente propia

La equivalencia de la estrategia desactivadora que observó Main en el niño elusivo es la estrategia «hiperactivadora» que encontró en el niño ambivalente. Así como la elusión se caracterizaba por la superregulación del afecto, la ambivalencia conllevaba una infrarregulación. Y si en la Situación Extraña el niño elusivo centraba exclusivamente los juguetes, el niño ambivalente podía centrarse sólo en su madre.

Pegajoso y resistente, en unos casos, o reducido a la pasividad indefensa en otros, el niño ambivalente era muy difícil de apaciguar. Mostraba una ansiedad crónica por la localización de su madre y parecía muy abrumado para explorar. Este patrón de afecto amplificado –expresado en la ambivalencia y/o la indefensión– se veía como la respuesta predecible del niño a una madre imprevisiblemente receptiva. Podía entenderse como un compromiso necesario y adaptativo, en la medida en que tal respuesta contribuía a afianzar la atención irregular de su madre y refrenaba la exploración que ella aparentemente procuraba evitar.

Ahora pensemos en el típico niño ambivalentes de seis años en el estudio de Main, un niño que –a semejanza del bebé– alternaba entre las expresiones intensas de necesidad e ira. En respuesta a las fotografías de separación, por ejemplo, uno dijo que el niño de la foto compraría flores para sus padres pero luego les escondería la ropa. Asimismo, los reencuentros ambivalentes se caracterizaban por una conducta que comunicaba mensajes contradictorios. Un niño estaba sentado tranquilamente en el regazo de la madre y de pronto intentaba zafarse, mientras que otro expresaba ostentosamente el afecto por la madre y luego interrumpía el contacto de forma abrupta. Los dibujos de familia de los niños ambivalentes –descritos como «vulnerables»– estaban poblados por figuras muy grandes o muy pequeñas, siempre muy juntas, y a menudo destacando las partes vulnerables o íntimas del cuerpo. Cuando les daban la instantánea de familia, los niños de seis años ambivalentes se intranquilizaban. Uno la miraba con inquietud, y luego empezaba a pellizcarse. A diferencia de los niños prototípicamente seguros que disfrutaban de la fotografía, o de los eelusivos que se apartaban de ella, los ambivalentes se mostraban especialmente absortos por la imagen fotográfica de apego, pero también atormentados por ella (Main, 1995, 2000).

Los padres de los hijos ambivalentes estaban profundamente absortos en su propia preocupación por el apego. Y al igual que sus hijos, cuya preocupación por el paradero de la

madre había truncado su exploración en la Situación Extraña, estos padres parecían apesadumbrados bajo la carga de una «preocupación excesiva, confusa, bien airada o bien pasiva, por las figuras de apego», lo que comprometía la exploración de sus propias historias de apego (Main, 1995, p. 441). La observación de que tales padres tienden a entorpecer la autonomía del hijo puede explicarse por el miedo al abandono y a la indefensión que subyacen tal ansiedad. Clasificados en la categoría de «preocupados» y codificados como «E» (de *enredados* o *enmarañados*), estos padres respondían en la AAI como si las emociones del pasado mermasen su capacidad de recuerdo y reflexión coherentes en el momento actual.

Por ejemplo, cuando se le pedía que narrara sus primeros recuerdos, un adulto preocupado como los descritos en el estudio de Main alternaba entre la descripción airada de un largo episodio con su padre y la queja amarga por un resentimiento pertinaz contra él, además de incluir en su relato citas «no marcadas» del padre («¿Y por qué no le haces ni caso a tu madre?») o interpelándolo como si estuviera allí presente («¡No vuelvas a hablarme de esa manera!»). La influencia perturbadora del pasado se manifestaba también en el lenguaje infantil («Mamá se puso furiosa porque el perrito me mordió»); vaguedades («Papá me sentaba en sus rodillas, y eso»); palabras sin sentido («dadadada»); frases de gramática atropellada y enmarañada; y/o frases inconclusas (Main, 1995; Hesse, 1999).

La ira, la pasividad o el miedo intensos suscitados por el pasado y por los apegos actuales socavaban la capacidad de los padres preocupados no sólo de coherencia sino de entablar un discurso colaborativo. Los padres se comunicaban de modos confusos, generando relatos difíciles de seguir, tangenciales hasta el punto de la irrelevancia y generalmente largos. En relación con el entrevistador, podían resultar agobiantes, ajenos a los impulsos conversacionales ordinarios y contrarios a la autonomía, precisamente las cualidades parentales a las que se atribuye la estrategia «hiperactivadora» de los niños ambivalentes. Recordemos que, con el fin de asegurar la atención irregular de los padres, estos niños habían aprendido a amplificar su expresiones de angustia. Asimismo, los padres preocupados se mostraban vulnerables a los sentimientos de angustia que parecían incapaces (o poco dispuestos) a gestionar (Main, 1995, 2000).

Se cree que estos padres y sus hijos ambivalentes habitaban un mundo representacional definido por múltiples modelos funcionales no integrados, y que dichos modelos eran consecuencia de experiencias contradictorias con figuras de apego impredecibles. Tales figuras de apego, relativamente receptivas en un encuentro, intrusivas o inaccesibles en otro, evocaban en sus hijos una preocupación pertinaz por la esperanza de la proximidad y por la probabilidad de su pérdida. Presumiblemente, la proximidad se asociaba con la experiencia favorable que generaba el modelo de un «yo» angustiado en interacción con un «otro» a veces receptivo, mientras que el abandono se asociaba con una experiencia problemática que daba lugar a un modelo de «yo» autónomo en interacción con un «otro» no receptivo (Mikulincer y Shaver, 2003).

La estática emocional creada por tales modelos contradictorios comprometía la capacidad de estos padres de percibir con precisión las señales del niño y de atender, en consecuencia, sus necesidades. También interfería en su capacidad metacognitiva de reflexión libre y útil sobre su propia experiencia. Pues las reglas de apego –amplificar la angustia, inhibir la autonomía–, originadas en la estrategia conductual del niño ambivalente, obstaculizaban la

exploración competente e independiente, incluida la autoexploración.

Main concluyó que estas mismas reglas de apego eran responsables de las respuestas confusas, abrumadas en lo emocional, de los padres en la AAI y de su incoherente sensibilidad a las señales verbales del hijo. Estos padres estaban demasiado angustiados por los conflictos pasados y presentes como para procesar de manera efectiva la información relativa al apego, tanto la procedente del interior (memoria) como la del exterior (las señales de niño). La investigación de Main –así como su experiencia clínica– sugiere que este tipo de angustia se halla tan imbricado con la «falsa seguridad sentida» suscitada en la infancia que perdura en la edad adulta como una carga difícil de soltar (Main et al., 2005, p. 292). En consecuencia, la estrategia hiperactivadora de los padres preocupados (como la estrategia desactivadora de los padres negadores) tiende a representarse con los hijos y a ser adoptada por ellos.

El apego desorganizado/irresoluto: las cicatrices del trauma y la pérdida

El bebé desorganizado/desorientado mostraba esporádicamente con la madre en la Situación Extraña una conducta que parecía inexplicable, extraña, conflictiva o disociada. Tales conductas, acaso reacciones ante un progenitor que resultaba aterrador para el niño, o cuya respuesta asustada o disociada evocaba miedo en el pequeño, se interpretaban como un reflejo del fracaso de una estrategia de apego organizado cuando el bebé, al sentirse en peligro, afrontaba la paradoja irresoluble de que el refugio seguro hacia el que lo encauzaba la biología era a la vez la fuente de su alarma.

También en este punto Main observó continuidad: Los mismos rasgos de conducta que originariamente caracterizaban al bebé como desorganizado definían los «artefactos representacionales» del típico niño de seis años, que parecía «inexplicablemente temeroso e incapaz de hacer nada por solventarlo» (Kaplan, 1987, p. 109). Cuando les mostraban las fotos de separación, por ejemplo, tales niños guardaban silencio, con una perturbación que les impedía responder; o imaginaban desenlaces catastróficos; o mostraban desorganización en el lenguaje o la conducta. De manera similar, sus dibujos de familia solían incluir elementos inquietantes y/o extraños (como partes de un cuerpo desmembrado, esqueletos o figuras tachadas). Cuando les mostraban la instantánea de familia, estos niños de seis años guardaban silencio con un gesto irracional o angustiado (un niño, que anteriormente estaba animado, contempló la fotografía en silencio y con cara de tristeza durante 12 segundos) (Main et al., 1985; Main, 1995).

Sin embargo, curiosamente, los niños clasificados como desorganizados en la primera infancia ahora en los reencuentros hacían uso de una estrategia conductual nueva. Así como en la Situación Extraña habían mostrado una aparente falta de estrategia, cinco años después su conducta reflejaba un esfuerzo sistemático por *controlar* a sus padres, bien a través de la inversión de funciones, ocupándose de ellos («¿Estás cansada, mamá? ¿Quieres sentarte y que te traiga un té [de mentira]?») o bien a través de una actitud agresivamente controladora y punitiva («¡Siéntate y cállate, y cierra los ojos! ¡He dicho que cierres los ojos!») (Hesse y Main, 2000, p. 1107). En cualquiera de los dos casos, era como si estos niños asumieran un papel parental con el fin de mantener la proximidad a sus padres y de hacer frente a la amenaza que representaban. Esta estrategia controladora/de inversión de roles se manifestaba también durante el discurso de reencuentro en el que las conversaciones «disfluentes» (caracterizadas

por el tartamudeo y los falsos comienzos) estaban dominadas por los niños de seis años, que o bien rechazaban punitivamente la comunicación con sus padres, o bien la «sustentaban con andamiajes» (Main et al., 1985; Main, 1995).

El estudio de Main mostró que los padres de los niños desorganizados habían experimentado traumas y/o pérdidas que no se habían resuelto. Lo que parecía decisivo no era la la experiencia vital problemática en sí, sino cómo se había integrado o comprendido (o no) dicha experiencia. Es decir, no era la historia de pérdida o trauma de los padres lo que guardaba una correlación estadística con el estatus de apego de los hijos, sino la *falta de resolución* de los padres con respecto a dicha historia lo que predecía un apego desorganizado en los pequeños (véase también Ainsworth y Eichberg, 1991). En el contexto de la AAI, esta falta de resolución se apreciaba en la dificultad de los padres para recordar los acontecimientos potencialmente traumáticos, como la muerte de un familiar o episodios de abusos sexuales o maltrato físico, y para reflexionar sobre ello. Cuando los padres mostraban «lapsus en el monitoreo del razonamiento o el discurso» mientras intentaban comentar tales acontecimientos, se los clasificaba como *irresolutos/desorganizados*.3

Los lapsus en el monitoreo del *razonamiento* se advertían cuando un progenitor hacia afirmaciones que reflejaban visiones incompatibles de la misma realidad (sugiriendo, por ejemplo, que alguien estaba a la vez muerto y vivo) o bien vulneraban ciertas suposiciones consensuadas sobre la causalidad de las relaciones espaciotemporales (afirmando, por ejemplo, que una muerte era consecuencia de un pensamiento). En respuesta a las preguntas que suscitaban la reflexión sobre la pérdida o el abuso, los padres irresolutos parecían abrumados temporalmente por la intrusión, en un estado anímico predominante, de los recuerdos traumáticos o las creencias que normalmente se circunscribían a un estado anímico independiente, disociado.

Los lapsus en el monitoreo del *discurso* se percibían cuando un entrevistado cambiaba de pronto el «registro del discurso», por ejemplo, pasando abruptamente de una somera enuncinación de la experiencia traumática a una descripción exhaustiva y detallada; de un relato minucioso a un prolongado silencio, sin referencia posterior a lo que antes se decía; o de una «voz narrativa» a otra (por ejemplo, de una persona afligida a otra que impartía una oratoria fúnebre). Main sugirió que, en tales cambios, se producía un estado de conciencia alterado en el que el entrevistado estaba, por así decirlo, poseído por una determinada experiencia traumática que hasta entonces no se había sometido al procesamiento consciente.

Estos lapsus de razonamiento y discurso solían ser breves, jalonando la entrevista con un progenitor irresoluto, al igual que la conducta inexplicable o contradictoria de los niños desorganizados interrumpía brevemente sus patrones habituales de interacción en la Situación Extraña. Main propuso que las intrusiones del recuerdo traumático que producían tales lapsus en el contexto de la AAI eran responsables de la conducta doméstica aterradora de los padres irresolutos que generaban apego desorganizado en sus hijos (Main, 1995, 2000; Hesse y Main, 2000).

La falta de resolución del trauma o la pérdida en los padres produce estados anímicos radicalmente discontinuos, que requieren la rígida negación de la experiencia perturbadora. Cuando las preguntas emocionalmente evocadoras de la AAI o los contextos de crianza infantil semejantes a los del pasado traumático desbaratan esta negación, los adultos irresolutos

pueden sumirse de pronto en estados anímicos abrumadores, caóticos y como de trance.

Los padres irresolutos inmersos en tales estados –suscitados, por ejemplo, por los llantos y rabietas de los niños incontrolables o enfadados– tienden a comportarse de modos que asustan a los niños. Y la rabia parental que surge en el abuso físico o emocional es doblemente devastadora, porque causa estragos en las respuestas biológicas de los niños ante el miedo. Los niños no pueden recurrir a la figura de apego ni alejarse de ella, pues es a la vez la fuente del peligro percibido y el único refugio. De ahí las conductas anómalas de los niños desorganizados, que reflejan la «contradicción o la inhibición de la acción, o bien la parálisis, como si no existiera una solución alternativa» (Ainsworth y Eichberg, 1991, p. 162; Main, 1995; Hesse y Main, 2000).

Sin embargo, no son sólo los afectos abrumadores de los padres y el maltrato aterrador lo que suscita la desorganización. El trauma irresoluto puede reflejarse también en señales de miedo –como el alejamiento físico de los padres o la disociación– que en sí son alarmantes, porque la base segura se percibe como insegura. Y, como los niños son incapaces de interpretar las motivaciones que subyacen a la conducta de sus padres, son vulnerables a la creencia de que son ellos los causantes del miedo, el alejamiento o la disociación de sus padres.

Tales experiencias de sentirse en peligro ante (o de ser peligroso para) una figura de apego de la que depende la propia supervivencia son demasiado abrumadoras como para integrarlas. Por lo tanto, hay que mantenerlas a raya, tanto en el caso de los niños desorganizados como de los adultos irresolutos. Sin embargo, estas experiencias negadas siguen siendo una presencia más o menos inquietante, que acecha en la periferia de la conciencia y entra periódicamente en escena.

Los clínicos conocen el coste exorbitante del esfuerzo de los pacientes irresolutos por «desterrar» el trauma o la pérdida del pasado. Tales pacientes se sienten siempre amenazados dentro y fuera, agobiados por una continua vulnerabilidad a la disociación, a la emoción incontrolable, y a un mundo externo que resulta peligroso por la proyección hacia fuera de la experiencia interna insoportable. Además, su capacidad de monitoreo metacognitivo se halla profundamente limitada, porque la introspección profunda o la atención a los demás puede sacar a la luz algo que debe permanecer oculto, por necesidades emocionales. Y por último, según confirman las investigaciones de Main, los modelos funcionales disociados y peligrosos de los padres irresolutos –y la consiguiente resistencia a la autorreflexión– someten a sus hijos a un riesgo severo de apego desorganizado, así como a las psicopatologías con las que suele asociarse.

Advertencias y una nota sobre la terminología

Aunque me parece sumamente útil considerar a los pacientes en función del estado anímico dominante con respecto al apego, lo cierto es que su complejidad nunca puede captarse adecuadamente con un único descriptor: seguro, negador, preocupado o irresoluto. Por este motivo, entre otros, ha habido un continuo debate sobre la cuestión de las categorías de apego (véase Brennan, Clark y Shaver, 1998).

De hecho, los psicólogos sociales sostienen que no conviene concebir los patrones de

apego como categorías o «tipos» sino como zonas de un espacio bidimensional, donde una dimensión se corresponde con la *elusión* (de la proximidad y la dependencia) y otra con la *ansiedad* (por el abandono). Téngase en cuenta que el término «ansiedad» aquí se corresponde con la «ambivalencia» de Ainsworth y la «preocupación» de Main.4 En este marco alternativo, el patrón de apego individual se define por la dominancia *relativ*a de la elusión y la ansiedad (Mikulincer y Shaver, 2003).

Por lo general, los pacientes a lo largo del tiempo muestran múltiples estados anímicos que son, hasta cierto punto, dependientes del contexto; es decir, en algunos contextos es más probable la aparición de determinados estados anímicos. En el contexto del sentimiento de rechazo, por ejemplo, un paciente mío que normalmente se mostraba en un estado anímico negador pasó a estar preocupado. El hecho de que la mayor parte de la gente tenga una multiplicidad o una «superposición» de estados anímicos en parte explica la paradoja de que, a medida que avanza la terapia y conocemos mejor al paciente, empezamos a tener menos claro quién es el paciente o, en cualquier caso, esa claridad ya no se reduce a una única clasificación.

Además, aunque la(s) clasificación(es) de apego del paciente pueden sugerir multitud implicaciones valiosas desde el punto de vista clínico, lo más revelador son los *pormenores* de la vida y la historia del paciente. Así, por ejemplo, los anhelos de conexión que ha reprimido un paciente aparentemente negador tendrán mucho que ver con su experiencia particular con las figuras de apego.

Al margen de todas las salvedades, cuando reviso los resúmenes de las sesiones iniciales con los nuevos pacientes, me sorprende la fuerza de las primeras impresiones. Particularmente en las primeras horas de tratamiento, suele ser posible desarrollar un sentido clínicamente útil del estado anímico *predominante* en el paciente con respecto al apego.

Por último, una nota sobre el lenguaje. Ya desde Main, los investigadores que emplean el método de la AAI aluden al «estado anímico [del individuo] con respecto al apego», una valoración que refleja la coherencia del relato del adulto sobre la experiencia de apego y la predicción de la conducta de apego del hijo de ese adulto. Por su parte, los psicólogos sociales prefieren describir a los adultos estudiados en función de su «estilo de apego», una evaluación que proviene de los autoinformes que analizan sus experiencias en la formación de relaciones de pareja u otro tipo de vínculos cercanos. A pesar de estas diferencias, tanto los «estados anímicos de apego» como los «estilos de apego» se relacionan con los modelos funcionales internos, las estrategias de apego y las historias que las generan. Por ello empleo indistintamente los términos en los siguientes capítulos.

1. Existe una subcategoría relativamente rara de Negadores –Ds2–, caracterizada no por la idealización sino por el menoscabo de las figuras de apego (Hesse, 1999).
2. Los adultos negadores muestran un pico en la respuesta galvánica de la piel sobre todo en respuesta a las preguntas de la AAI sobre la separación, el rechazo y/o las experiencias de sentirse amenazados por sus padres (Dozier y Koback, 1992).
3. Una quinta categoría de la AAI –«no clasificable»–, recientemente desarrollada, también predice la desorganización infantil. Hesse (1996) propone que, así como los adultos irresolutos muestran «períodos breves y circunscritos de desorganización en el discurso o razonamiento», los que no pueden clasificarse revelan una «desorganización global o una pérdida de una estrategia de discurso singular o consistente durante toda la entrevista» (Main et al., 2005, p. 285). Las investigaciones muestran que la categoría no clasificable se asocia con vidas adultas marcadas por el trastorno psiquiátrico, la violencia y el abuso sexual (Hesse, 1999).
4. El apego seguro está representado por el cuadrante superior izquierdo, pues los individuos de apego seguro no se muestran ni elusivos en su conducta ni ansiosos por el abandono. El apego ambivalente/preocupado está representado por el cuadrante superior derecho, porque los individuos con este patrón se muestran ansiosos por el abandono pero buscan la proximidad, en lugar de eludirla. El apego elusivo/negador está representado por el cuadrante inferior izquierdo: Los adultos con este patrón no muestran ansiedad por el abandono, pero su conducta es elusiva. Por último, el cuadrante inferior derecho representa lo que los psicólogos sociales denominan apego elusivo-temeroso: este patrón de elusión temerosa, que se corresponde con las clasificaciones de «desorganizado» y e «irresoluto» de Main, conlleva tanto una conducta elusiva como la ansiedad por el abandono.

7 Cómo modelan el yo los vínculos de apego

> [...] las experiencias de cada cual en cuanto a las relaciones con los demás se convierten en un rasgo de las relaciones con uno mismo.
>
> Peter Hobson (2002, p. 180)

El niño humano es una criatura extraordinariamente vulnerable y dependiente. Los bebés no están provistos del equipamiento neuronal avanzado que se requiere para gestionar en solitario los desafíos corporales, emocionales y ambientales de la vida en el exterior del útero. Para sobrevivir, necesitan la protección de lo que Bowlby (1988) denominaba los otros «más fuertes y/o más sabios» (p. 121). Aparte de la supervivencia física, los bebés necesitan a las figuras de apego para que les ayuden a formar y mantener ese punto de referencia estable conocido como el «yo».

La total dependencia de niño supone que la adaptación a las figuras de apego –con sus fortalezas y vulnerabilidades idiosincrásicas– es primordial. Y como el niño *tiene que* adaptarse, *se adaptará*. (Por supuesto, las figuras de apego buenas suelen devolver el favor, adaptándose a sus hijos: de ahí el hallazgo empírico de que los vínculos de apego son cocreados). La investigación de Ainsworth documenta, esencialmente, una variedad de estrategias adaptativas que desarrollan los niños con el fin de obtener la protección que emana de la proximidad a las figuras de apego.

La adaptación automática del niño a las figuras de apego está enraizada en los instintos e imperativos de supervivencia. (Recordemos que el recién nacido está provisto de los reflejos radicados en el tronco encefálico que desencadenan el proceso de apego). No obstante, el

apego está también impulsado por la necesidad de seguridad sentida. Como los bebés son incapaces de fabricar su propia seguridad sentida, necesitan que las figuras de apego les ayuden a gestionar sus emociones difíciles.

Esta gestión emocional se denomina *regulación del afecto*. *El destino psicológico del niño (en términos de apego, su* seguridad o su falta de ella) depende en gran medida del éxito o fracaso relativo con el que los primeros vínculos regulen los afectos del bebé. Desde esta perspectiva, las estrategias de apego adaptativo pueden entenderse también como estrategias de regulación del afecto que definen el yo de un modo fundamental y dominante.

El yo del niño en desarrollo surge como una función de tales estrategias adaptativas y de determinados sentimientos, pensamientos y acciones que pueden tener cabida en los primeros vínculos de apego. Las expresiones del yo del niño que evocan receptividad sintónica en la figura de apego pueden integrarse, mientras que las que evocan respuestas negadoras, impredecibles o aterradoras (o la falta de respuesta) serán excluidas o distorsionadas con fines defensivos. Lo que se integra disfruta de una trayectoria de maduración sana; el resto, en cambio, tiende a quedar infradesarrollado.

Las figuras de apego son cruciales para el proceso de integración.1 Las dificultades que traen a los pacientes a la terapia suelen conllevar capacidades no integradas o infradesarrolladas para sentir, pensar y relacionarse con los demás (y consigo mismos) de modos «funcionales». Teniendo esto en cuenta, Bowlby (1985) caracterizó la labor psicoterapeuta del siguiente modo: «Nuestro papel consiste en propiciar que el paciente desarrolle pensamientos que sus padres le han prohibido o disuadido de pensar, que experimente sentimientos que sus padres le han prohibido o disuadido experimentar, y que sopese acciones que sus padres le han prohibido contemplar» (p. 198). La función del clínico es, en suma, facilitar la integración y, por lo tanto, la reanudación del desarrollo sano, empezando normalmente por el desarrollo emocional.

Regulación del afecto y estrategias de apego

El tipo de respuesta del cuidador a los afectos del niño es de vital importancia para la determinación del tipo dominante de estrategia de apego –seguro o inseguro– que adopta el niño. En el caso del apego seguro, las respuestas del cuidador contribuyen a aliviar la angustia del niño y a amplificar sus emociones positivas. En consecuencia, el niño experimenta el vínculo de apego como un contexto en el que pueden regularse los afectos de manera efectiva. Así pues, lo que se registra internamente es un sentido visceral de que la conexión con los demás puede ser una fuente de alivio, consuelo y placer. También se registra un sentido de que el yo –en la expresión de toda una gama de necesidades y experiencias corporales y emocionales– es bueno, amado, aceptado y competente.

Según este proceso de regulación del afecto, el niño, a través de una suerte de «*biofeedback* social», asocia las expresiones inicialmente involuntarias de sus emociones con las respuestas del cuidador. Es decir, el niño llega a «saber» que sus afectos son responsables de evocar respuestas de reflejo afectivo en el cuidador. Así pues, en el escenario más deseable, el niño aprende una serie de cosas muy útiles: (1) que la expresión de sus sentimientos puede obtener resultados positivos, lo que genera sentimientos positivos sobre el yo y los demás; (2) que

puede tener una repercusión en los demás, lo que genera un sentido incipiente de la agencia o de la autoiniciativa; y (3) paulatinamente, que *determinados* afectos suscitan determinadas reacciones, lo que le ayuda a diferenciar y, posteriormente, nombrar sus sentimientos (Fonagy et al., 2002). Un vínculo de apego seguro puede entenderse como una escuela en la que aprendemos a regular de manera efectiva los afectos, no sólo en la primera infancia sino durante toda la vida.

El patrón seguro que he bosquejado refleja lo que Main denomina la *estrategia de apego primaria*. Esta estrategia, producto biológico preprogramado de la evolución, ordena la búsqueda de la proximidad a una figura de apego cuya sintonía afectiva permita al niño experimentarla como un refugio en los momentos de alarma y como una base segura cuya disponibilidad posibilite la exploración autónoma. Sin embargo, cuando las señales emocionales del niño evocan en el cuidador respuestas asintónicas que disuaden la búsqueda de proximidad o la autonomía, entonces se rechaza esta estrategia de apego primaria. Más exactamente, se modifica para adaptarla a las vulnerabilidades específicas del cuidador (inseguro). El niño desarrolla entonces una *estrategia de apego secundaria* que refleja una *desactivación* o una *hiperactivación* del sistema conductual del apego. Estas estrategias infantiles pueden entenderse también como precursoras de las defensas psicológicas que tienen su origen en los esfuerzos necesarios del niño, a veces fallidos, de atenuar una mala situación, es decir, de adaptarse a las figuras de apego cuyas propias defensas han comprometido su capacidad de regular de forma interactiva los efectos del niño (Main, 1990, 1995; Mikulincer y Shaver, 2003).

La desactivación se advierte en los niños clasificados como elusivos y también en los adultos cuyo estado anímico se describe como negador. En cambio, la hiperactivación es la estrategia adaptativa de los niños que son ambivalentes y los adultos con un estado anímico preocupado. Los bebes desorganizados, así como los adultos irresolutos, pueden oscilar entre las estrategias de hiperactivación y desactivación.

Por lo general, surge la estrategia predominantemente desactivadora cuando las respuestas de los padres ante los afectos relativos al apego son aversivas. Aquí las señales de angustia y las búsquedas de proximidad por parte del niño han suscitado reacciones controladoras y/o de rechazo. Al rechazar la búsqueda de proximidad, los padres no logran restaurar el equilibrio emocional del niño, mientras que su intrusión puede suscitar en el niño una sensación de hiperestimulación emocional (Sroufe, 1996). En ninguno de los dos casos recibe ayuda para gestionar sus sentimientos difíciles, sino todo lo contrario. Con el fin de mantener el mejor vínculo de apego posible en tales circunstancias, el niño aprende a sobrerregular sus sentimientos y su expresión, y a distanciarse del impulso de conexión.

Podríamos pensar aquí en los pacientes obsesivos, narcisistas o esquizoides con un rango emocional reducido, que parecen más o menos ciegos a las señales afectivas de los demás, y cuya receptividad atenuada les infunde un aire de escasa vitalidad, un poco como si se hicieran los muertos. Siegel (1999) ha sugerido que en los adultos esta estrategia elusiva desactivadora se refleja en una tendencia a la activación del hemisferio izquierdo y el sistema nervioso parasimpático.2 Lo que queda desintegrado en los pacientes con tal estrategia son las emociones, las satisfacciones y los deseos asociados con los vínculos íntimos. Por supuesto, la elusión de la proximidad constriñe el desarrollo de sus capacidades de sentimiento

profundo, expresión sexual, dependencia sana y confianza.

En cambio, la estrategia hiperactivadora de los niños ambivalentes parece organizarse en torno a la búsqueda de la proximidad. En la adaptación a los padres cuya receptividad ante las emociones del hijo es impredecible y/o poco sintónica, el niño aprende que la amplificación de sus afectos incrementa la probabilidad de recabar la atención de los padres. Sin embargo, la calidad y la cantidad de atención evocada no suele corresponderse con las necesidades del niño. Así no sólo aprende que su búsqueda de apoyo con frecuencia no genera el resultado deseado, sino que para obtener consuelo debe mantener sus expresiones de angustia a un volumen constantemente elevado. En suma, aprende a mantener el sistema de apego activado de manera crónica.

La estrategia hiperactivadora de los pacientes que podríamos considerar histéricos o límite puede reflejar su preocupación por la percibida inaccesibilidad de las figuras de apego (pasadas y presentes), a cuya ayuda han recurrido mediante la maximización de sus muestras de angustia. Lamentablemente para dichos pacientes, su necesidad de mantener activado de forma crónica el sistema de apego los vuelve hipervigilantes y propensos a exagerar la presencia de las amenazas, sobre todo las amenazas de abandono. Como sucede con la estrategia desactivadora, aquí el precio de la protección es elevado. Al infundir una sensación de indefensión personal, la estrategia de la hiperactivación excluye la integración de los sentimientos positivos sobre el yo o los demás, al menos por dos motivos. En primer lugar, tales sentimientos corren el riesgo de *des*activar el sistema de apego del que depende la supervivencia emocional. En segundo lugar, la superdependencia socava la autoestima y tiende a provocar el abandono que inconscientemente se pretende evitar. La hiperactivación de las defensas también socava el desarrollo de la mutualidad en los vínculos, la autonomía del pensamiento o la acción y, por supuesto, la regulación del afecto. Asimismo, el recurso habitual de la hiperactivación puede rebajar el umbral que dispara el sistema nervioso simpático y reducir la capacidad de ejercer el control cortical sobre las reacciones emocionales. La implicación es que los pacientes preocupados necesitan que les ayudemos modular su reactividad emocional y a reforzar su capacidad de gestionar sus emociones, esclareciéndolas.

El apego desorganizado suele reflejar el fracaso de una estrategia adaptativa por parte del niño asustado, instintivamente impulsado a la búsqueda de la proximidad a unos padres aterradores. No obstante, Main (1995) también señala como signo de desorganización la muestra secuencial o simultánea de patrones de conducta contradictorios:

> Un ejemplo observado en un niño maltratado consistía en un intenso despliegue de conducta de apego (corría llorando hacia el padre o la madre con los brazos abiertos), seguido inexplicablemente por la elusión (se detenía de pronto y volvía la espalda a progenitor, en silencio) (p. 423).

En consecuencia, se ha sugerido que los adultos irresolutos han aprendido a recurrir a las estrategias desactivadoras e hiperactivadoras. Tales adultos suelen tener, en relación con las figuras de apego, una historia de trauma que evoca a la vez una elusión de la proximidad y un miedo al abandono (Mikulincer y Shaver, 2003). Estos pacientes se hallan divididos por impulsos contradictorios (de evitar a los demás por miedo al ataque, de recurrir desesperadamente a los demás por miedo a sentirse solos) y suelen experimentar los

sentimientos como agobiantes y caóticos. Para los terapeutas puede ser muy útil comprender que la conducta aparentemente autodestructiva de tales pacientes representa sus intentos pasados y presentes de afrontar, de la manera más autoprotectora posible, estos impulsos contradictorios y sentimientos abrumadores. La integración que estamos llamados a facilitar tiene múltiples dimensiones, entre las cuales se encuentra la integración de la experiencia traumática y los afectos disociados, así como la recomposición de los fragmentos de imágenes del yo y de los demás en estos pacientes. Esta integración depende de nuestra capacidad de generar un apego cada vez más seguro –un refugio de seguridad y una base segura– que pueda ser en sí el recurso primordial del paciente para tolerar, modular y comunicar los sentimientos que anteriormente eran insoportables.

Al sintetizar la influencia de las figuras de apego en el desarrollo de sus hijos (y, por extensión, la influencia de los terapeutas en el desarrollo de sus pacientes), puede ser útil recordar las perspectivas de Fonagy y Main. Para Fonagy, el impacto de los padres es una función del carácter de su reflejo afectivo y de su capacidad de «contener» la angustia del hijo a través de respuestas que transmitan comprensión empática, capacidad de afrontar las adversidades y consciencia de la postura intencional incipiente del niño. El reflejo aportado por los padres seguros es a la vez contingente y marcado. El reflejo no contingente puede asociarse con el apego elusivo y el modo de la «simulación» de la experiencia; el reflejo no marcado puede asociarse con el apego preocupado y el modo de la equivalencia psíquica. En general, la seguridad engendra seguridad, mientras que las estrategias defensivas adoptadas por los padres tienden a transmitirse a los hijos.

Desde la perspectiva de Main, la seguridad se desarrolla como una función de la receptividad sensible de los padres ante las expresiones afectivas de la necesidad infantil de proximidad, por una parte, y de exploración autónoma, por otra. La inseguridad se produce cuando los padres negadores obstaculizan la conducta de apego de los hijos o cuando los padres preocupados entorpecen su autonomía. La lógica emocional de este tipo de crianza, según Main, surge de la necesidad inconsciente de los padres inseguros de preservar su estado anímico existente con respecto a la experiencia infantil que tuvieron con sus propios padres. (Esta necesidad se explica en parte por la paradoja de que, aunque muchos somos críticos con la crianza recibida de nuestros padres, solemos emular ciertos aspectos de dicha crianza, a pesar de nuestras intenciones conscientes). Los padres negadores, por ejemplo, pueden ignorar, rechazar o intentar acallar los llantos del bebé que reclaman contacto y conexión porque disparan, al margen de la consciencia, asociaciones inquietantes con la dolorosa inadecuación de las respuestas recibidas de sus propios padres en su infancia.

Tanto los padres como los terapeutas tienen el potencial impulsar un vínculo sinérgico, mutuamente consolidativo, entre la regulación del afecto y el apego. Si los padres logran sintonizar con las señales emocionales del hijo, existe el potencial de responder con eficacia a las necesidades emocionales del niño (bien aliviando su angustia o disfrutando visiblemente de su placer). De este modo, los padres refuerzan el vínculo de apego. Por su parte, el padre –experimentado cada vez más como un refugio y una base segura– es cada vez más capaz de contribuir a que el niño a acceda a su experiencia emocional para modularla, diferenciarla y hacer uso de ella. Lo mismo cabe decir del terapeuta en relación con el paciente.

Las figuras de apego ayudan a la parte «desfavorecida en su desarrollo» (niños, pacientes) a

construir patrones de regulación del afecto capaces de modelar los patrones de vínculo y de ser modelados por ellos. Si un niño obtiene ayuda con los sentimientos que expresa, tenderá a dominar el conocimiento y la expresión de lo que siente, lo cual es, a su vez, una parte importante del conocimiento sobre cómo mantener un vínculo seguro. La definición de Schore (2003) del apego como «la regulación diádica de la emoción» (p. 256) pone de relieve que el desarrollo sano depende de un vínculo que dé cabida y confiera sentido a la experiencia emocional del niño, o bien, en la psicoterapia, a la experiencia emocional del paciente.

Procesos relacionales y desiderátums del desarrollo

La palabra «desiderátum» se define como «algo deseado que es esencial» (Merriam-Webster Dictionary, 2003). Gran parte de la aportación de las investigaciones sobre la teoría del apego –tanto a la crianza como a la terapia– radica en su identificación de los desiderátums asociados al desarrollo de un yo seguro e integrado. La premisa subyacente es que, en las primeras etapas de la vida, los patrones vividos de interacción y regulación del afecto se registran internamente como representaciones de diversos tipos que modelan nuestras respuestas futuras ante la experiencia de modos más o menos persistentes. En este apartado exploraremos cómo se interiorizan estos patrones e intentaremos identificar el tipo de experiencias que impulsan con mayor eficacia el desarrollo sano.

Bowlby esperaba que su obra ayudara a los padres a aportar el tipo de vínculos que favorecen en los hijos la seguridad y la resiliencia. Inicialmente señaló la importancia de la accesibilidad de los padres para los hijos en momentos de necesidad. En un momento posterior, a la luz de las investigaciones de Ainsworth que recalcaban la centralidad de la receptividad sensible de los padres ante las señales no verbales del hijo, Bowlby afirmó que los padres debían ser receptivos, además de accesibles. Por supuesto, aquí la cuestión crucial es qué significa ser «receptivo y sensible» como padres o como terapeutas.

Por lo que respecta a los hijos, las investigaciones de Ainsworth son especialmente informativas. Los bebés que solían evocar con su llanto, durante los tres primeros meses de vida, respuestas tranquilizadoras en los padres eran posteriormente, a los 12 meses, niños más seguros y lloraban menos. (Ya basta, quizá, de dejar que lloren los bebés). Ainsworth también puso de relieve el equilibrio «apego/exploración» y la conducta de «base segura», factores fomentados por padres que se sienten cómodos con las necesidades del niño tanto de proximidad como de autonomía (Ainsworth et al., 1978).

En cuanto a la vida posterior a la primera infancia, la investigadora del apego Karlen Lyons-Ruth (1999) hizo una exhaustiva revisión bibliográfica y sintetizó los hallazgos empíricos en un esquema de lo que denomina «comunicación comunicación colaborativa». Tal comunicación favorecía en el niño el desarrollo de la seguridad, la flexibilidad y los modelos funcionales internos de apego coherentes. Su esquema tiene cuatro elementos.

En primer lugar, el cuidador debe ser perceptivo con una amplia gama de experiencias infantiles (no sólo con la expresión de la angustia) y debe intentar aprender todo lo posible sobre lo que siente, desea y cree el niño. Claramente, este tipo te apertura o inclusividad puede impulsar la integración, un elemento fundamental para la comprensión del desarrollo sano en la teoría del apego. En segundo lugar, el cuidador debe emprender esfuerzos de reparación

cuando se produce una disrupción en el vínculo con el niño. De este modo, construye en el niño la expectativa de que, a través de la interacción con los demás, es probable la restauración del equilibrio emocional. En tercer lugar, el cuidador debe «sustentar con andamiajes» las capacidades incipientes de comunicación del niño; en un primer momento, por ejemplo, intentando expresar con palabras lo que el niño preverbal no puede comunicar todavía y, posteriormente, pidiendo al niño que emplee sus palabras. En cuarto lugar, el cuidador debe estar dispuesto a enfrentarse activamente con el niño, establecer límites y permitir que el niño proteste, durante los períodos en que su sentido de sí mismo y de los demás está en proceso de desarrollo. Esta voluntad de lucha posibilita al niño la experiencia de permanecer conectado aunque los sentimientos se independicen.

El hecho de que la comunicación colaborativa dependa de «conocer la mente del otro» (Lyons-Ruth, 1999, p. 583) recuerda la observación de Fonagy de que los padres con apego seguro parecen capaces no sólo de empatizar con la angustia del hijo, y de afrontarla, sino de reconocer la «postura intencional» del pequeño. Es decir, pueden responder a la conducta del hijo a la luz de los sentimientos, creencias y deseos que subyacen a la dicha conducta. Incluso cuando la conducta en cuestión contradiga los deseos de los padres, éstos pueden responder como si fueran conscientes del *contexto* en el que tal conducta cobra sentido. (Téngase en cuenta que éstos son los padres que, por lo general, pueden movilizar un yo reflexivo o mentalizador bien desarrollado).

Muchos autores recalcan la importancia de la «comunicación contingente» en los vínculos de desarrollo, es decir, la comunicación en la que la respuesta del cuidador al niño coincide, encaja y se corresponde con la experiencia emocional del niño. Desde el nacimiento, o incluso desde antes, según Trevarthen, Fonagy y otros, el ser humano es un «detector de contingencia», cuya preferencia inicial por las contingencias perfectas estímulo-respuesta cambia hacia los tres meses de edad.

> Aunque el interés inicial de los niños por las contingencias perfectas les permite descubrir su yo corporal en el mundo físico, su atención posterior a la receptividad social –sumamente contingente, pero no por completo– les permite descubrir su yo mental en el mundo social. (Allen y Fonagy, 2002, p. 9).

Cuando, en términos subjetivos, el cuidador *comparte* una versión de la experiencia del niño, tal comunicación contingente permite que el niño «se sienta sentido», según la evocadora frase de Siegel (1999). Stern abarca un terreno próximo con su concepto de *sintonía afectiva*, que sugiere que una parte significativa de lo que permite al niño sentir la validez y la compartibilidad de sus estados subjetivos son las respuestas parentales que reflejan sus mismas experiencias emocionales, pero –y éste punto es crucial– en un registro sensorial diferente. Esta receptividad intermodal (el niño chilla de alegría y el cuerpo de su madre responde con una vibración receptiva) permite que el niño se sienta conocido; sin ello, puede que sólo se sienta imitado.

La comunicación colaborativa, contingente y sintónica en lo afectivo es el núcleo de la prescripción para que los padres aporten a sus hijos la experiencia de una base segura. Por supuesto, el afán de facilitar esta cualidad de comunicación no es menos vital en la psicoterapia que en la crianza de los hijos. Como apunta Bowlby (1988), «mientras el terapeuta no permita que su paciente sienta cierto grado de seguridad, la terapia no puede

siquiera empezar. Así pues, la función del terapeuta empieza con la aportación [...] de una base segura» (p. 140).

Las respuestas de los padres o terapeutas caracterizadas por la sintonía afectiva, capaces de ayudar al niño o al paciente a que se sienta sentido, pueden depender de lo que (2003) denomina «comunicación de hemisferio derecho a hemisferio derecho» (p. 50). Su idea es que la receptividad a las señales afectivas de los demás es producto de la capacidad del hemisferio derecho (en gran medida a través del córtex orbitofrontal) de procesar la emoción expresada de forma no verbal, es decir, a través de la expresión facial, el tono de voz, la postura, los gestos, etc. Un paciente mío lo formuló así: «Yo digo algo y tú pones una determinada cara, de forma que yo sé que sabes lo que siento».

Creo que Schore tiene razón cuando sugiere que se requiere una determinada actitud mental para que los padres o el terapeuta sean capaces de entablar tal comunicación entre hemisferios derechos. En este punto, alude tanto a la recomendación de Freud de que el analista opere desde una postura de «atención neutra flotante» como a la idea de Bion de que los clínicos eficaces deben tener acceso a su propia «ensoñación». En efecto, tanto en relación con mis pacientes como con mis hijos, he tenido la experiencia de que mi habilidad de sintonizar emocionalmente depende de mi capacidad de estar plenamente presente –abierto y en el momento–, en lugar de preocupado o distante. En los padres o terapeutas, tales estados anímicos receptivos –que estoy tentado de caracterizar como «atentos»– generan respuestas que surgen naturalmente de las necesidades del momento, entre las que se incluyen las necesidades emocionales del niño o paciente.

Las experiencias repetidas de dicha receptividad emocionalmente sintónica contribuyen a fomentar expectativas positivas, que pueden cuajar como modelos funcionales internos cada vez más seguros. Dicho de otro modo, tales experiencias son lecciones sobre cómo mantener un vínculo cómodo y efectivo, tanto con uno mismo y sus emociones como con los demás.

Conviene recalcar aquí que los padres o terapeutas no tienen que estar siempre en perfecta sintonía. A este respecto, basta con alcanzar un resultado correcto. Como ha señalado Stern (2002) en tono burlesco pero instructivo, es un hallazgo científico que las mejores madres suelen cometer un error con sus hijos al menos una vez cada 19 segundos. El Change Process Study Group de Stern (2005), Beebe y Lachmann (2002) y otros muchos psicólogos del yo coinciden en que más importante que evitar las disrupciones, que son un rasgo inevitable de los vínculos, es tolerarlas y repararlas. De hecho, tales secuencias de disrupción y reparación, falta de sintonía y resintonización, son interacciones vitales cuya interiorización fomenta la confianza en que los malentendidos pueden resolverse, y, más en general, que se puede sobrellevar la angustia, porque el alivio es posible.

Cocreación, integración e intersubjetividad

Hasta ahora hemos analizado lo que nos dice la investigación sobre los tipos de receptividad que conducen al desarrollo de un yo integrado y seguro. Hay valiosos descubrimientos con respecto a la postura y la conducta que deben adoptar deliberadamente los padres en relación con sus hijos, así como los terapeutas en la relación con sus pacientes. Entre ellas se incluyen las siguientes: una comunicación contingente y afectivamente sintónica (Siegel, 1999; Stern,

1985); un enfoque que transmita empatía, una capacidad de hacer frente a las adversidades, y una valoración de la «intencionalidad» del niño (Fonagy et al., 1995); un marco de respuesta que contemple la *inclusividad* en relación con la amplitud de la experiencia subjetiva del niño, el *andamiaje* de sus capacidades incipientes, una *disposición a iniciar la reparación* cuando hay disrupción, y una *voluntad de lucha* con el niño en caso necesario (Lyons-Ruth, 1999).

Con todo, es importante señalar que –como implica la parte «colaborativa» del marco de comunicación comunicación colaborativa de Lyons-Ruth– un vínculo orientado al desarrollo nunca es creación exclusiva de una de las partes. Por ello se han descrito como mutuamente regulados y cocreados los vínculos niño-progenitor. Los estudios de Jaffe, Beeber, Feldstein, Crown y Jasnow (2001), Tronick (1989), Sander (2002) y otros concluyen que la madre y el niño constituyen un sistema dinámico, en el que la conducta de cada una de las partes afecta a la del otro y se ve afectada por ella. Seguramente no es casual que las conclusiones de los estudios sobre el vínculo niño-progenitor coincidan con las de los «investigadores» clínicos de la tradición relacional/intersubjetiva (Mitchell, 1995; Stolorow et al., 1987; Aron, 1996), que identifican la «influencia recíproca» como un rasgo constante de las interacciones entre el paciente y el terapeuta.

Por supuesto, el grado de influencia que ejerce un padre o una madre en un vínculo de desarrollo suele ser mayor que el que ejerce el niño. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que un progenitor receptivo y sensible puede transformar a los niños evaluados a los tres meses como «difíciles» en cuanto su temperamento (es decir, difíciles de calmar y estimular) en niños que a los 12 meses se evaluaron como «fáciles»; asimismo, cuando la crianza es problemática, se ha demostrado que los temperamentos denominados fáciles pueden volverse difíciles (Belsky, Fish e Isabella, 1991). Además de ejercer mayor influencia, el progenitor tiene mayor responsabilidad en la definición de un vínculo sano con el niño y también, idealmente, mayor flexibilidad para llevarlo a la práctica.

Al margen de estas diferencias, cada una de las partes tiene un efecto relevante sobre la otra, lo que genera patrones de comunicación coordinados, que se regulan mutuamente en la interacción de ambas. El progenitor y el hijo se «rastrean» mutuamente, se guían y se siguen, se turnan y se reflejan entre sí (o no) en patrones característicos de cada díada. Estos patrones reflejan la sintonía afectiva de las partes y la calidad de la receptividad contingente mutua, es decir, el grado en que las respuestas de cada parte son contingentes o adecuadas con respecto a las iniciativas de la otra.

Algunas investigaciones documentan tales patrones coconstruidos en la comunicación cara a cara entre las madres y los hijos durante el juego. Se observan secuencias de coincidencia, falta de coincidencia y reparación que ocurren con una coordinación instantánea. Algunos estudios elaborados mediante vídeos con la pantalla dividida (donde a un lado aparecen la cara y el torso del bebé y al otro los de la madre) han revelado una sincronía tan exquisita en las expresiones vocales y faciales que era posible predecir, en incrementos de una duodécima de segundo, la conducta de cada parte a partir de la de la otra. Se grabó en vídeo a niños de cuatro meses interactuando con la madre y posteriormente, a los 12 meses, se los evaluó mediante el protocolo de la Situación Extraña. El descubrimiento más interesante es que la principal diferencia entre los vínculos que impulsan un apego seguro y los que no radica en el grado de coordinación bidireccional de la díada.

Se podía predecir la seguridad a la edad de un año cuando el seguimiento entre la madre y el niño se situaba en una franja intermedia –la coordinación estaba «presente pero no era obligatoria» (Beebe y Lachmann, 2002, p. 104)–, mientras que el apego inseguro se predecía cuando el seguimiento era muy elevado o muy escaso. Los altos niveles de coordinación reflejaban un monitoreo excesivamente vigilante por ambas partes, mientras que los niveles bajos indicaban alejamiento, inhibición o simplemente falta de adecuación entre las partes. Dicho de otro modo, la receptividad contingente en la comunicación de padres e hijos, en su estado óptimo, es estrecha pero no perfecta. Todo esto tiene implicaciones tanto para la psicoterapia como para la crianza de los hijos.

Beebe y Lachmann contribuyen a esclarecer estas implicaciones cuando analizan esta investigación desde la perspectiva del equilibrio entre la *regulación interactiva* y la *autorregulación*. En la regulación interactiva, una de las partes presta atención a las respuestas de la otra y las «utiliza» para gestionar sus propios estados internos de emoción y excitación. (El niño que busca alivio para su angustia, por ejemplo, puede sintonizar con las cadencias tranquilizadoras de la voz materna). En la autorregulación, en cambio, los estados de emoción y excitación se gestionan mediante el alejamiento de la otra parte y la *introversión* (tal como se muestra, por ejemplo, en la mirada de aversión, el alejamiento, el autoconsuelo y el acunamiento del niño). Un equilibrio entre la regulación interactiva y la autorregulación se refleja en el seguimiento de gama media que predice el apego seguro. Un elevado seguimiento bidireccional refleja una tendencia a la regulación interactiva (una suerte de superimplicación con la otra parte) y predice un apego ambivalente o desorganizado, mientras que un bajo nivel de seguimiento refleja una tendencia a la autorregulación (infraimplicación con la otra parte) y predice el apego elusivo.

La reflexión en los términos de estos hallazgos con respecto a la regulación interactiva y la autorregulación puede resultar útil para comprender y ayudar a los pacientes. En el tratamiento, los los que tienen una fuerte tendencia a la regulación interactiva del afecto, más que a la autorregulación, son los que siguen atentamente cada una de nuestras respuestas y/o dependen por completo de nosotros para gestionar sus sentimientos difíciles. Suelen ser pacientes que podrían describirse como preocupados por la disponibilidad de la figura de apego (o, más exactamente, por el miedo a su ausencia). Se comportan como si estuvieran desesperanzados, en cuanto a la posibilidad de aliviar la angustia por su cuenta y de solicitar ayuda sin poner en evidencia su estado ante los demás. El problema de estos pacientes (y de sus terapeutas) no es en sí la dependencia, sino el hecho de que su cautelosa necesidad de los demás monopolice su atención hasta tal punto que pierdan la oportunidad de conocer y utilizar sus propios recursos y deseos. Lo que se debe reintegrar en estos pacientes es la capacidad de vivir, por así decirlo, *dentro* de sí mismos en lugar de sentir que su centro de gravedad radica en el *exterior*, en la mente y las reacciones de otras personas.

Por supuesto, también trabajamos con muchos pacientes cuya vulnerabilidad radica en su capacidad superdesarrollada de autorregulación. Por lo general operan desde un «estado anímico negador» con respecto al apego y tienden a ser ostentosamente autosuficientes. Lo que Bowlby denomina «autosuficiencia compulsiva» infunde en el terapeuta (y en la pareja) la sensación de que poco pueden ofrecer que sea necesario y valioso para estos pacientes. Su estrategia desactivadora del apego los aleja de la consciencia de los sentimientos o impulsos que podrían acercarlos a su desdeñada necesidad de conectar con los demás. Por lo general, lo

que se debe reintegrar en la psicoterapia de tales pacientes son precisamente los sentimientos, impulsos y necesidades de apego.

Los descubrimientos realizados en las investigaciones niño-progenitor cara a cara coinciden con los estudios de Ainsworth en la Situación Extraña. La conclusión de que el seguimiento de gama media es óptimo para el desarrollo coincide con la tesis de Ainsworth de que el apego seguro se refleja en un equilibrio entre la búsqueda de la proximidad y la exploración, la conexión y la autonomía, la vinculación y la autodefinición. A partir de las interacciones cara a cara grabadas en vídeo, debemos concluir que un desenlace seguro se asocia con un tipo de receptividad contingente entre la madre y el hijo que es cercana pero imperfecta. Tal receptividad forma parte de lo que habilita a los niños para aprender que sus propios estados internos son «compartibles» y, al mismo tiempo, distintos de los de los demás.3

Por mi parte, creo que la deseabilidad del seguimiento de gama media para el desarrollo –y del consiguiente equilibrio fluido entre la regulación interactiva y la autorregulación– pone de relieve la importancia de dar cabida, tanto en la crianza como en la psicoterapia, a las subjetividades de las dos partes del vínculo. La «preocupación materna primaria» (Winnicott, 1975) incrementa la probabilidad de que, durante un tiempo, la madre conceda prioridad a la subjetividad de su bebé sobre la suya propia; y por supuesto, la función asistencial y la responsabilidad ética que asumimos los terapeutas suelen fomentar un mayor interés por la subjetividad del paciente que por la suya propia. Sin embargo, la madre (o el terapeuta) en perfecta sintonía que suspende por completo su propia subjetividad no es un ideal factible ni totalmente deseable.

En primer lugar, la mayoría de las personas es incapaz de aparcar sus propias necesidades y limitaciones fuera del cuarto del bebé o de la consulta. Cuando nos forzamos excesivamente para intentar lograr eso, surgen consecuencias inesperadas y poco gratas. En segundo lugar, los niños y los pacientes no crecen sólo a través de las experiencias que «encajan» sino también mediante las de separación y diferencia. Como ha explicado Benjamin (1990/1999), la capacidad de reconocimiento mutuo –es decir, la capacidad de reconocer al otro (y de ser reconocido por él) como un sujeto independiente, y no como un objeto– surge del descubrimiento de que el otro, y el vínculo en sí, puede sobrevivir a la ira y el conflicto. Dicho de otro modo, los episodios de disrupción y reparación son una parte esencial del aprendizaje para equilibrar las necesidades de autodefinición y de vinculación.

Sin el toma y daca de dos subjetividades distintas, el niño y el paciente pueden aprender que «sólo hay cabida para uno»: una voz, una voluntad, aquella cuyas necesidades prevalecen, la que controla la interacción. En un estado anímico elusivo-negador se puede tener la sensación de que, por necesidad, sólo hay espacio para el yo. En quienes tienen un estado anímico ansioso-preocupado puede prevalecer la sensación de que sólo hay espacio para el otro. El apego seguro deja espacio para los dos.

La interacción de dos subjetividades distintas –en la cual cada parte es capaz de participar psicológicamente en la experiencia de la otra– es la esencia de la intersubjetividad. Stern (2004) ha afirmado que todos estamos «preprogramados» para la intersubjetividad. (Apunta que nuestro cerebro está estructurado de tal modo que la cuestión principal es por qué no estamos constantemente atraídos por la experiencia de los demás). Al parecer, los mecanismos básicos de tal «interexperiencia» –Stern cita el descubrimiento de las neuronas

espejo– son un rasgo del sistema nervioso humano casi desde el nacimiento. Recordemos, a este respecto, los estudios de Meltzoff (1985, 1990) que muestran que los niños, cuando llevan 42 minutos fuera del útero, son capaces de imitar los gestos faciales de un modelo adulto. Después de observar al adulto que saca la lengua, los niños intentan hacer lo mismo. Mucho antes de que sepan mucho sobre sí mismos y los demás, o sobre la lengua, los bebés son capaces de establecer una conexión entre lo que *ven* en la cara de otra persona y lo que *sienten* la suya propia. Tal correspondencia intermodal parece demostrar una asombrosa capacidad incipiente de interrelación entre el yo y el otro.

Tal capacidad de vinculación rudimentaria –precursora de otras formas más complejas de intersubjetividad– es probablemente fruto del conjunto de reflejos, radicados en el tronco encefálico, que nutren los sistemas de apego y asistencia, erigiendo nuestros primeros vínculos cercanos en crisoles de desarrollo vitales. La interacción con otras personas cercanas de las que dependemos, no sólo en la infancia sino a lo largo de la vida, nos aporta el contexto clave para el cambio y el crecimiento psicológico. Tronick (1998) ha sugerido que tanto el vínculo hijo-progenitor como el de paciente-terapeuta posibilitan el desarrollo al generar «estados de conciencia diádicamente expandidos» (p. 290). Es una variante de la tesis –compartida por algunos teóricos clínicos de la intersubjetividad (Bollas, Mitchell, Stolorow) e investigadores del apego (Fonagy, Lyons-Ruth)– de que necesitamos la mente del otro con el fin de conocer y «desarrollar» la nuestra.

A través de los tipos de interacciones cocreadas, mutuamente reguladas e intersubjetivas de las que surge la seguridad o la inseguridad, los niños aprenden a tener un vínculo y a regular sus emociones. Asimismo, en el contexto esencialmente intersubjetivo de la interacción terapéutica, nuestros pacientes pueden aprender a construir vínculos mejores con los demás y con sus propios sentimientos. Un aspecto clave para el desenlace del desarrollo en ambos casos es el tipo de comunicación afectiva que se establece en el vínculo.

¿Hasta qué punto tal comunicación permite que las partes sintonicen entre sí, de forma que experimenten un sentido del reconocimiento mutuo y de la «adecuación»? ¿A qué señales afectivas del niño (o del paciente) responde el padre (o el terapeuta) de un modo sintónico y colaborativo? ¿Y qué señales afectivas se ignoran, malinterpretan o entorpecen? Más en general, ¿qué capacidad de comunicación y experiencia afectivas ofrece el vínculo? Volviendo a Bowlby, Main y Stern, el individuo tiene el potencial de integrar todo aquello que el vínculo de apego sea capaz de acomodar.

1. En el proceso de integración, las experiencias de vinculación, sentimiento y pensamiento durante el desarrollo están íntimamente ligadas y son mutuamente influyentes. Por ejemplo, «si una persona no ha recibido ayuda para la

integración de los sentimientos fuertes, la acción puede ocupar el lugar del pensamiento» (Hobson, 2002, p. 175).

2. Aquí puede resultar útil la conceptualización de Siegel, porque resalta tanto los «déficits» del paciente predominantemente elusivo/negador como las capacidades infradesarrolladas que requieren atención terapéutica con el fin de reintegrarse. Desde la perspectiva de la neurociencia, tales pacientes pueden requerir del terapeuta un enfoque que les ayude a acceder al estímulo del hemisferio derecho –informado por las emociones y orientado a lo holístico–, del cual se encuentran aparentemente desconectados.
3. Curiosamente, varios estudios han demostrado que un desenlace elusivo se correlaciona con un alto seguimiento del niño por parte de la madre, mientras que el niño aquí responde como si quisiera huir de la atención de la madre. Este modelo de interacción se ha descrito como «del gato y el ratón» (Beebe y Lachmann, 2002, p. 111). Evidentemente, los niños –como casi todos nosotros– necesitan cierto espacio. Por lo tanto, la receptividad sensible conlleva una sintonía con las necesidades infantiles tanto de autorregulación y «espacio abierto» (Sander, 1980) como de regulación interactiva del afecto y la consiguiente conexión.

III De la teoría del apego a la práctica clínica

Como hemos visto, los vínculos de apego son el contexto primordial del desarrollo. La experiencia afectiva no verbal dentro de un contexto de apego constituye el núcleo originario de yo. Es el mismo contexto que define la postura del yo hacia la experiencia, que a su vez puede ejercer una influencia decisiva en el desarrollo, sobre todo en circunstancias adversas. Éstas son las conclusiones de los estudios de la teoría del apego con mayores implicaciones para la psicoterapia.

Como nuestras primeras experiencias se viven principalmente fuera del dominio del lenguaje, nuestras interiorizaciones cruciales de los primeros vínculos se registran como representaciones, reglas y modelos que no pueden recuperarse lingüísticamente. Para que estas representaciones poco alcanzables se modifiquen con posterioridad –es decir, para que se actualicen los viejos modelos funcionales– es preciso acceder a ellas, abordarlas a través de la experiencia. En la terapia, tales representaciones sólo suelen ser accesibles en el paciente cuando se comunican a través de canales no verbales. Por lo tanto, es indispensable la atención a los ámbitos de la experiencia preverbal, no verbal y paraverbal, tanto para explicar el aprendizaje inicial que se produjo en los primeros vínculos del paciente como para facilitar el reaprendizaje que puede ocurrir en el nuevo vínculo con el terapeuta. Éste es el tema del capítulo 8.

Aunque Bowlby puso de relieve la formidable influencia que ejercen sobre el yo en desarrollo las realidades de la primera experiencia de apego, Main y Fonagy mostraron que la actitud del yo ante la experiencia pasada y presente puede ser aún más influyente.

En la medida en que somos capaces no sólo de tener una experiencia sino de reflexionar sobre ella, se puede potenciar en gran medida nuestro este sentido de la seguridad, la flexibilidad y la libertad interna. Más allá de una postura reflexiva que nos permita explicar los contenidos de la consciencia (sentimientos, pensamientos y demás), una postura de atención plena es lo que nos puede aportar una consciencia de la consciencia tranquila y espaciosa. Si estamos atentos, podemos estar presentes de una manera más plena, además de ser más capaces de vivir desde el interior del centro de nosotros mismos, y menos susceptibles de confundir nuestros sentimientos y pensamientos cambiantes con la persona que somos. El capítulo 9 explora, en el marco de la psicoterapia y la vida cotidiana, el poder del cambio de actitud del yo ante la experiencia en una dirección más reflexiva y atenta.

Para acceder a la experiencia no verbal de nuestros pacientes y fortalecer su capacidad de reflexionar y de estar atentos, necesitamos recabar otros recursos al margen del campo del apego, porque la teoría del apego no es un marco explícitamente clínico. De entre estos recursos es fundamental la investigación clínica dirigida bajo el estandarte de la intersubjetividad y la teoría relacional, un enfoque de tratamiento que persigue la aplicación clínica de la teoría del apego, como explicaré en el capítulo 10.

8 La experiencia no verbal y lo «sabido impensado»
El acceso al núcleo emocional del yo

En su último libro sobre el apego, Bowlby cita a Freud, cuando comenta la respuesta característica del paciente que ha tomado conciencia de algo «olvidado»: «En realidad siempre lo he sabido, aunque nunca he pensado en ello» (Bowlby, 1988, p. 101). Tal vez Christopher Bollas (1987), que acuñó el sugerente término de «lo sabido impensado», estaba leyendo el mismo pasaje de Freud.

Lo que «sabemos» pero no pensamos (o no podemos pensar) es también algo de lo que no podemos hablar. El conocimiento no verbalizado (o no verbalizable), enormemente influyente porque se registra fuera de la conciencia, desempeña un papel esencial tanto en la psicoterapia como en la infancia.

Aunque es evidente que la conversación terapéutica siempre está constituida de algo más que palabras, parece esencial defender la necesidad de prestar atención al ámbito no verbal; en primer lugar, porque su centralidad clínica no está universalmente reconocida ni bien entendida, y, en segundo lugar, porque el hechizo del lenguaje hablado puede ser hipnótico. Si no recordamos que bajo las palabras hay un flujo de experiencias cruciales que aporta el contexto subyacente de las palabras, corremos el riesgo de permitir que las palabras comunicadas en la terapia monopolicen nuestra atención. Esta experiencia inicialmente inarticulada, fundamentalmente emocional y relacional, es el ámbito donde encontramos mayores impulsos para el cambio terapéutico.

Después de establecer la importancia crucial del subtexto no verbal, analizaré cómo

podemos comprenderlo. Empezaré por explorar la investigación y la teoría que nos ofrece los instrumentos clínicos para trabajar con la dimensión no verbal de la experiencia –sobre todo la experiencia temprana– que los investigadores del apego al identificado como un elemento central.

Revisión bibliográfica para una mayor atención a la experiencia no verbal

Al menos dos hallazgos de las investigaciones sobre el apego sugieren –o tal vez incluso exigen– que se preste mayor atención a la experiencia que los pacientes no quieren o no pueden expresar en palabras. En primer lugar está el hecho, establecido por multitud de estudios experimentales y longitudinales del apego (véase Main et al., 2005), de que aprendemos muchas de las lecciones más significativas y duraderas sobre quiénes somos en relación con los demás antes de los 12 meses de edad, o tal vez incluso antes, si los estudios de pantalla dividida de las madres y los niños a los cuatro meses son tan reveladores como parece (Jaffe et al., 2001; Beebe et al., 2000). Los datos empíricos indican que los fundamentos de nuestros modelos funcionales internos –así como las estrategias habituales de apego y regulación emocional codificadas en dichos modelos– están bien establecidos antes de la adquisición del lenguaje.1 Éstos son los datos que subyacen a la conclusión de Schore (2003) de que «el núcleo del yo es [...] no verbal e inconsciente y radica en los patrones de regulación del afecto» (p. 46). Como la experiencia preverbal constituye la base del yo en desarrollo, es absolutamente vital dar cabida a la reverberación y la elaboración de tal experiencia en la psicoterapia.

En segundo lugar, los vínculos progenitor-hijo que mejor impulsan el apego seguro son *inclusivos* (Lyons-Ruth, 1999; Bowlby, 1988), lo que significa que el padre o la madre concede el máximo espacio posible a todo el espectro de la experiencia subjetiva del niño. Para generar un vínculo terapéutico que sea asimismo inclusivo –es decir, que conceda el máximo espacio posible la experiencia del paciente– debemos atender no sólo a lo que nos dicen los pacientes con palabras sino también a lo que nos muestran por otros medios. La teoría de Bowlby de que el niño integrará sólo lo que su(s) vínculo(s) de apego pueda(n) acomodar implica que el niño excluirá de la consciencia aquellos pensamientos, sentimientos y conductas que producen disrupción en los vínculos de apego, con la consecuencia de que tales pensamientos, sentimientos y conductas no sólo permanecerán infradesarrollados y desintegrados sino que a menudo serán imposibles de verbalizar. De ahí la necesidad de «escuchar» lo que se comunica de forma no verbal, si queremos acceder a las experiencias que los apegos iniciales del paciente excluyeron. Para integrar lo que se ha disociado o excluido con fines defensivos, debemos acceder a aquellas partes del paciente que todavía son tácitas, impensadas y, acaso, insentidas.

Las investigaciones neurocientíficas corroboran y amplían la conclusión, formulada inicialmente por las investigaciones del apego, según la cual los pacientes pueden carecer de las palabras para describir experiencias cruciales por motivos *asociados al desarrollo* (las experiencias ocurrieron antes de la adquisición del lenguaje) o bien *defensivos* (las experiencias no se podían pensar, sentir o hablar sin poner en peligro los vínculos vitales). Claramente son las barreras neurofisiológicas y psicodinámicas las que impiden el acceso

lingüístico a la experiencia formativa (sobre todo a la traumática) (Fonagy, 2001). Las investigaciones sobre el desarrollo neuronal han demostrado que los centros cerebrales que intervienen en el lenguaje (córtex izquierdo, área de Broca) y el recuerdo autobiográfico (en particular el hipocampo) no están conectados de una manera efectiva hasta una edad comprendida entre los 18 y los 36 meses. De ahí el descubrimiento casi universal de la «amnesia infantil». Además, las emociones abrumadoras como las suscitadas por el trauma suspenden el funcionamiento de dichas estructuras cerebrales. Evidentemente, carecemos de acceso verbal a muchas de las experiencias que nos definen de manera más profunda, bien porque ocurrieron antes de que tuviéramos el equipamiento neuronal para codificarlas lingüísticamente, o bien porque dicho equipamiento estaba temporalmente deshabilitado por la intensa emoción dolorosa.

Los pacientes con trastorno por estrés postraumático (TEPT) –anegados por un caos de emociones perturbadoras, sensaciones somáticas, imágenes e impulsos– carecen de lenguaje para conferir sentido o contexto a su experiencia multisensorial fragmentada.2 El trauma, que clausura el área de Broca y el hipocampo, puede entenderse como la causa y el efecto de un «secuestro emocional» (Goleman, 1995) en el que la amígdala, junto con sus vínculos con el hemisferio derecho orientado a las emociones, satura el hipocampo y sus capacidades asociadas de codificar, recuperar y contextualizar los recuerdos del trauma.3

El hecho de que el impacto del trauma se registre de este modo tiene implicaciones para nuestra labor con muchos de nuestros pacientes, o incluso con la mayoría. Van der Kolk (1996), que sostiene que la huella del trauma es somática y sensorial, aboga por utilizar sensaciones corporales para acceder a las experiencias que los pacientes no pueden expresar con palabras. Aunque dirige esta útil recomendación únicamente a los terapeutas que trabajan con el TEPT, por mi parte pretendo ampliar su alcance, dado que los pacientes con trauma no representan una categoría reducida.

La absoluta dependencia del niño respecto de la figura de apego supone que la desatención crónica, la depresión y la ira de un cuidador pueden experimentarse en sí como traumáticas. A este respecto, Schore (2002) ha descrito el «trauma relacional» que surge de las experiencias de apego desorganizado y puede dar lugar a trastornos límite y posiblemente a trastornos psicóticos. Por mi parte añadiría que muchos de nuestros pacientes (como muchos de nosotros) padecen lo que el psicoanalista Phillip Bromberg (1998a) ha descrito como «islas» de trauma –y disociación– cuyo impacto y significado son inicialmente no verbalizables. Los terapeutas deben encontrar modos de abordar tales experiencias traumáticas si quieren mitigar sus efectos destructivos.

Además de los estudios sobre el apego, el trauma y la neurobiología, hay hallazgos de la ciencia cognitiva que contribuyen a esclarecer la necesidad de una atención terapéutica a la experiencia no verbal. Los científicos cognitivos han descubierto que la memoria no es monolítica, y han identificado dos sistemas distintos de memoria: explícita e implícita. En términos muy sintéticos, cabe decir que La memoria explícita coincide aproximadamente con nuestro concepto habitual del término «memoria». Como tal, es susceptible de recuperación y reflexión consciente, es verbalizable y simbólica, y su contenido es información e imágenes. En cambio, la memoria implícita es no verbal, no simbólica e inconsciente, en el sentido de que no está disponible para la reflexión consciente. Su contenido está formado por respuestas

emocionales, patrones de conducta y habilidades. La memoria implícita consiste en el «saber cómo» más que en el «saber que».

Esta variedad de memoria, a veces denominada «memoria temprana», porque está disponible ya en el útero,4 y originariamente conocida como «memoria procedimental» (porque conlleva procedimientos, como saber bailar, montar en bicicleta o mantener un vínculo, que no pueden transmitirse con palabras), se caracteriza por una *familiaridad* subjetiva, más que por el *recuerdo* en sí. (Aunque se suele decir que cuando se aprende a andar en bicicleta ya nunca se olvida, lo cierto es que nunca se «recuerda»: se trata de una habilidad tan familiar que se hace sin más; este «saber» montar en bicicleta es un ejemplo de memoria implícita). La parte más relevante de la memoria implícita conlleva procedimientos para estar con los demás y con uno mismo. En su conjunto, estos procedimientos recordados constituyen lo que se denomina *conocimiento relacional implícito* (Lyons-Ruth, 1998; Stern et al., 1998).

El conocimiento implícito se expresa no tanto en lo que decimos cuanto en la forma en que nos comportamos y sentimos, el modo en que nos desenvolvemos, y en lo que esperamos de los vínculos. Este conocimiento suele existir al margen de la conciencia reflexiva, no porque no tengamos la capacidad de saberlo, sino por que lo que sabemos se registra de forma implícita y difícil de recuperar lingüísticamente.5

El conocimiento implícito o procedimental constituye el fundamento del modelo funcional interno. Según han podido documentar los investigadores del apego, surge en una etapa temprana de la vida en función del carácter de nuestros primeros vínculos y persiste hasta la edad adulta (bloqueando los cambios en estos vínculos). Un niño puede llegar a saber implícitamente que su llanto de angustia evocará la presencia tranquilizadora de la madre, por ejemplo, y este conocimiento primario será la expectativa duradera de que se cuenta con el apoyo de otras personas cuando se las necesita. Sin embargo, para muchos de nuestros pacientes, las primeras interacciones han sido problemáticas, pues se han registrado implícitamente como un arraigado conocimiento desalentador del yo y de los demás, conocimiento que no pueden verbalizar pero que se representa constantemente, a menudo en detrimento de la persona.

Paradójicamente, cuando ocurren estas mismas enacciones contraproducentes en la psicoterapia, pueden ser un recurso valioso en la medida en que nos permiten atisbar y transformar las representaciones internas tácitas que atenazan a nuestros pacientes como rehenes del pasado. No obstante, para acceder a estos niveles no verbales del paciente, el terapeuta debe tener la capacidad de captar el subtexto no verbalizado de la conversación terapéutica.

Comprender el lenguaje no verbal

Las palabras que se transmiten en la psicoterapia flotan, por así decirlo, en la corriente de comunicación no verbal entre el paciente y el terapeuta. La corriente de diálogo hablado –lo que se aborda y lo que no, y en qué grado de profundidad– viene determinada, en gran medida, por los flujos emocionales y relacionales que subyacen a la superficie de la interacción terapéutica. Esas corrientes ocultas modelan la experiencia del paciente y el terapeuta, al igual que la experiencia del niño y el cuidador se ve configurada por el tipo de comunicación

(necesariamente) no verbal que mantienen.

Se observa una coherencia bastante extraordinaria entre las conductas no verbales que caracterizan las interacciones de la infancia y las que observamos en las interacciones de los adultos (Beebe y Lachmann, 2002). Los estudios sobre los primeros patrones de comunicación preverbal y sus paralelismos en la vida posterior revelan algunos de los modos en que –ineludiblemente y por lo general al margen de la consciencia– influimos en las personas con quienes interactuamos y nos vemos influidos por ellas. El carácter de estas interacciones no verbales determina en gran medida el impacto de los vínculos de apego en el yo en desarrollo, tanto en la infancia como en la psicoterapia.

La expresión facial y el tono de voz, la postura y el gesto, el ritmo y la melodía del habla y la conducta son los elementos que constituyen esencialmente un medio de comunicación intercorporal. Tal comunicación durante la primera infancia puede verse como una conversación entre el yo somático/emocional del bebé y el yo somático/emocional del cuidador, o bien, desde la perspectiva de la neurociencia, como una «conversación entre sistemas límbicos» (Buck, 1994, citado por Schore, 2003, p. 49). El tema de esta conversación versa principalmente sobre los estados internos del niño, en particular sus emociones e intenciones. Con el desarrollo de la conversación a través de la expresión corporal de los estados internos, el niño aprende a conocerse y a conocer a los demás: ¿Cuáles son sus propias emociones intenciones? ¿Serán capaces los demás de reconocerlas y de sintonizar con ellas? ¿«Servirá» de algo si toma la iniciativa –independientemente o con la ayuda de los demás– para intentar influir en sus propios estados internos?

Veamos siguiente descripción (Sander, 2002) de una interacción filmada de un bebé de ocho días que, tras ponerse nervioso en los brazos de su madre, pasa a estar con su padre:

> Vemos al padre que mira momentáneamente la cara del bebé. Curiosamente, en los mismos planos, el niño mira la cara de su padre. Entonces el brazo izquierdo del niño, que antes pendía sobre el brazo izquierdo del padre, empieza a moverse hacia arriba. Milagrosamente, en el mismo plano, el brazo derecho del padre, que antes estaba recto junto al costado, empieza a moverse hacia arriba. Plano a plano, la mano del bebé y la mano del padre se mueven hacia arriba simultáneamente. Por último, cuando se juntan sobre el vientre del bebé, la mano izquierda del bebé agarra el dedo meñique de la mano derecha del padre. En ese momento, el bebé cierra los ojos y se queda dormido, mientras el padre continúa hablando, aparentemente ajeno al pequeño milagro de la especificidad en el tiempo, el espacio y el movimiento que ha ocurrido en sus brazos. (p. 20).

En este «diálogo de acción» de expresiones faciales y movimientos corporales, acompañado por el «arrullo» de las palabras del padre, vemos una exquisita coreografía relacional. La comunicación no verbal del bebé de sus necesidades de consuelo y sueño evocaron en el padre una serie de respuestas inconscientemente coordinadas y sintónicas. Podríamos inferir que tal experiencia de sintonía se registró como una minúscula influencia formativa en el conocimiento implícito incipiente del recién nacido sobre sí mismo en relación con los demás.

Existe una coreografía no verbal comparable que influye en la experiencia del paciente en la psicoterapia y modela, idealmente para bien, su sentido cambiante de sí mismo en relación con los demás. Hace no mucho, por ejemplo, mientras conversaba con un paciente al que atendía desde hacía varios meses –lo llamaré Eliot–, observé que mi voz sonaba más alta de lo habitual y que el ritmo de mi habla se aceleraba. Me percaté de que yo mismo intentaba estimularme

con el fin de no sucumbir a la somnolencia. Después de preguntarme en privado qué sucedía (una indagación entorpecida por mi sopor), decidí recabar la participación de Eliot.

Lo que ocurrió cuando le dejé entrar en mi experiencia fue que a él también le había entrado sueño, pero, aparte de eso, se había «alejado» emocionalmente, se había separado de mí, se había (tal como lo formuló) «disociado». Según me dijo, ésa era su respuesta familiar ante sentimientos de ansiedad, enfado o desesperación, y reveló que se había sentido desplazado por mí, pues yo tenía la silla demasiado cerca de él, me inclinaba demasiado hacia delante y hablaba demasiado. Conviene señalar que estos aspectos molestos sólo salieron a la luz a través de una atención a mi conducta y experiencia no verbal (mejor dicho, paraverbal), mientras que, de forma paralela, la incomodidad inicialmente no revelada de Eliot conmigo tenía su origen en los hechos físicos de nuestro vínculo.

La atención al subtexto no verbal tuvo un efecto terapéutico relacionado con varios de los desiderátums del desarrollo expuestos anteriormente. Por lo que respecta a la inclusividad, fuimos capaces de contener dentro de nuestro vínculo lo que hasta entonces Eliot había omitido: a saber, sus incómodas sensaciones en relación conmigo (así como con los demás) en lo que concierne a las cuestiones de los límites, la proximidad, la seguridad y la autodefinición, por no mencionar su disociación autoprotectora. Por lo que respecta a la sintonización, el descubrimiento de la facilidad con la que Eliot podía sentirse desplazado e importunado me indujo a retirarme y a moderar mi tono, de una manera que le permitió sentirse más seguro, más cerca de mí y más a cargo de su propia terapia. En conjunto, nuestra interacción inicial y los posteriores ajustes que suscitó confirieron a mi paciente una experiencia de disrupción reparada –de «desalineación y realineación» (Schore, 2003)– muy conmovedora para los dos.

Parece sensato inferir que, como el episodio del niño con el padre, éste se registró internamente. Aunque, a diferencia del bebé, Eliot y yo teníamos la capacidad del habla para sintonizar, sospecho que no fue tanto el contenido de la interacción verbal cuanto el proceso relacional lo que repercutió en mi paciente. En este proceso, a través de una atención inicial a mi voz y a mi cuerpo, encontré un modo de acceder y de responder significativamente a las emociones que hasta entonces Eliot era incapaz de expresar. Nuestra experiencia compartida arraigada en el subtexto no verbal –una experiencia más inclusiva, colaborativa y sintonizada con las necesidades del paciente de lo que habría previsto su historia– pudo haber inducido un cambio en su «conocimiento relacional implícito».

Tal como he explicado, este tipo de conocimiento implícito siempre es enormemente influyente y muy difícil de verbalizar. Los orígenes preverbales o traumáticos de tal conocimiento implícito pueden ser imposibles de recuperar lingüísticamente. Sin embargo, lo que no se puede recordar de forma explícita ni verbalizar casi siempre se expresa por otros medios.

A este respecto, propongo el siguiente postulado: *que lo que no podemos organizar tendemos a representarlo con los demás, a evocarlo en los demás y/o a corporizarlo.* Antes de entrar en detalles, voy a ilustrar a qué me refiero, recurriendo por un instante a mi experiencia con Eliot.

Eliot representó conmigo un guión que era demasiado familiar para él y sin embargo imposible de reconocer –o de cuestionar– mientras se desarrollaba. En esta enacción creada

conjuntamente, yo empecé a hablar rápido y en tono más alto de lo normal, como para ahogar el asombroso silencio que se cernía entre nosotros. Sólo al revelar mi somnolencia empecé a comprender mi frustración ante los fallidos intentos de influir en él. Por su parte, Eliot era inicialmente consciente de mis torpes intrusiones en su espacio físico y mental. Sin embargo, a medida que hablamos, Eliot empezó a conectar con su ira de culpabilidad cuando reconoció que mis esfuerzos por llegar a él estaban desenfocados, eran insuficientemente respetuosos con su vulnerabilidad, y obedecían más a mi necesidad de sentirme eficaz que a su necesidad de sentirse comprendido. Su reflejo emocional había consistido en alejarse de mí, al igual que en el pasado se zafaba (o intentaba zafarse) de su madre impulsivamente seductora.

Eliot evocó en mí varias experiencias distintas, sospecho que como una función de lo que me estaba comunicando de forma no verbal y de lo que me influyó internamente por mi receptividad (o vulnerabilidad). Desde el análisis retrospectivo, interpreto mi somnolencia no sólo como un eco corporal de la suya (si uno bosteza, el resto de la gente bosteza también) sino como una reacción defensiva ante el sentimiento de frustración y enfado potencial, como si se me estuviera diciendo que lo que yo ofrecía no sólo era ineficaz sino dañino. Como era de esperar, tales experiencias mías, en virtud de sus conexiones con las de Eliot, me permitieron conocerlo de un modo emocionalmente directo, a través de la identificación, por así decirlo, más que a través de la información trasmitida por sus palabras. Era como si sintiera lo que sentía Eliot, en lugar de oírlo sin más. Los pacientes que logran evocar tales respuestas subjetivas ofrecen a los terapeutas la oportunidad de conocerlos «desde el interior» (Bromberg, 1998a).

Los pacientes pueden también corporizar –o inducir a los terapeutas a que corporicen– lo que no pueden o no saben comunicar con palabras. Eliot fue capaz de decirme que necesitaba «alejarse», disociarse o, en efecto, salir de su cuerpo; yo era incapaz de reconocer que Eliot se distanciaba y se dormía, pero mi cuerpo aparentemente «sabía» lo que mi mente ignoraba.6 Con Eliot, la rama desactivadora, parasimpática, de mi sistema nervioso autónomo se activó y me entró somnolencia, como respuesta a su desactivación y/o como defensa ante los sentimientos que nuestra interacción evocaba en mí.

La enacción, la evocación y la corporización son los medios primarios con los que los pacientes comunican lo que saben pero no han pensado ni pueden expresar con palabras. Tales canales de transmisión de lo sabido impensado son absolutamente esenciales para que los terapeutas comprendan al paciente. Aunque la centralidad de la experiencia no verbal para el desarrollo ha sido documentada empíricamente por los sucesores de Bowlby, es necesario recurrir a la teoría *clínica* contemporánea –en concreto, a la teoría intersubjetiva y relacional– para capitalizar plenamente este hallazgo de las investigaciones del apego. En los siguientes capítulos exploraré en detalle cómo pueden trabajar los terapeutas con estos modos de conocer y de ser conocidos a través de medios distintos del lenguaje. Así pues, el apartado siguiente debe considerarse como una presentación preliminar de algunas ideas fundamentales sobre la psicoterapia que se desarrollarán más adelante.

Trabajar con las enacciones de lo sabido impensado

Lyons-Ruth (1999) acuñó el término «representaciones enactivas» para describir las

interiorizaciones presimbólicas de la primera experiencia que constituyen los fundamentos de los modelos funcionales internos. El término parece apropiado precisamente por la atención intensa que prestan los teóricos intersubjetivos y relacionales a las *enacciones*. Como se ilustra en mi trabajo con Eliot, las enacciones son las escenificaciones creadas conjuntamente que reflejan las vulnerabilidades y necesidades solapadas, inicialmente inconscientes, del paciente y el terapeuta.

Las enacciones en psicoterapia pueden entenderse como la manifestación conductual, aquí y ahora, de los conocimientos relacionales implícitos cuyas raíces iniciales (pero no únicas) se hallan en lo que los pacientes *y* los terapeutas escenificamos (o «enactuamos») de niños con nuestras figuras de apego. Por ejemplo, si nuestras primeras iniciativas en busca de consuelo fueron bien acogidas, probablemente aprendimos las ventajas de recurrir a los demás para calmar la angustia; si tales aperturas iniciales suscitaron rechazo, probablemente aprendimos la necesidad de ocultar la angustia ante los demás, en la medida de lo posible. Tales lecciones primarias sobre el yo y los demás se aprenden –se recuerdan, representan, interiorizan– mientras se enactúan o escenifican. Posteriormente, en vez de ser reconocidas con una sensación de recuerdo («¡Ajá! ¡Ya recuerdo lo que pasó!»), estas representaciones de la experiencia formativa, difíciles de verbalizar, se reconocen –generalmente a través de terceros– mientras se enactúan («¿No ves que tratas a tus hijos como se trataba tu madre, de lo que siempre te quejas?»). Sin embargo, por lo general, lo que se conoce implícitamente sigue siendo implícito. En lugar de ser accesible para la reflexión consciente, simplemente se enactúa automáticamente como un acto reflejo.

Freud (1958) fue perspicaz en este punto: «El paciente no *recuerda* nada de lo que ha olvidado y reprimido, sino que lo *representa*. Lo reproduce no como recuerdo sino como acción» (p. 147). El descubrimiento freudiano de que los pacientes *repiten* el pasado en lugar de recordarlo es la piedra angular de su concepto de *transferencia*. Desde la perspectiva intersubjetiva, lo que Freud pasaba por alto era que el terapeuta nunca es meramente una pantalla en blanco sobre la que el paciente proyecta el pasado, sino que la transferencia del paciente surge de las percepciones selectivas acerca del carácter y la conducta actuales del terapeuta. Desde esta óptica, lo que se enactúa en el vínculo terapéutico siempre refleja una espiral de influencia mutua en la que la aportación del terapeuta no es menos significativa que la del paciente.

Como explicaré más adelante, las teorías intersubjetivas y relacionales contemporáneas ofrecen a los clínicos las herramientas más poderosas de que se dispone para trabajar de forma eficaz con las enacciones de la transferencia-contratransferencia. Estas teorías requieren que analicemos cuestiones como las siguientes: ¿Qué es lo más influyente, desde el punto de vista emocional, en la interacción inmediata, aquí y ahora, con el paciente? ¿Cuál es el patrón interpersonal que se representa en este momento y, en particular, cuál es la naturaleza de nuestra participación en él? ¿Cómo se puede comprender la enacción creada conjuntamente? Por lo general, este tipo de preguntas sólo se puede responder en el diálogo con el paciente. Dicho diálogo a veces requiere que el terapeuta «dé el primer paso»: para manifestar la enacción latente, puede ser necesario que expresemos con palabras nuestra propia experiencia de la interacción.

Hace poco, por ejemplo, en el marco de un tratamiento incipiente, intenté transmitir mi

empatía a una paciente que se había separado recientemente y que relataba con desdicha las dificultades que atravesaba con su marido. Aunque yo tenía la sensación de que mi «seguimiento» era bastante sintónico, a ella le resultaban bastante inútiles las expresiones cuidadosamente elegidas por mí para manifestar mi comprensión.

Respondiendo con irritación, la paciente («Carol») rechazaba la mayor parte de mis comentarios con palabras que resultaban totalmente razonables pero me desconcertaban, me impacientaban y me dejaban cada vez más frustrado. Al final, le dije que empezaba a irritarme bastante, y añadí que yo normalmente tenía la sensación de que los dos estábamos del mismo lado, y sospechaba que ella también, pero que de alguna manera la conversación de aquel día se había tornado en una confrontación. Esto le llamó la atención.

Mientras le decía eso me percaté de que, en consonancia con mi propia configuración psicológica, había ignorado su devaluación implícitamente provocadora hasta tal punto que experimenté y expresé mi exasperación –cuando por fin la sentí– con un exceso de intensidad. No hay mal que por bien no venga cuando sucede este tipo de participación inadvertida por parte del terapeuta, nada infrecuente.

Poco después Carol empezó a reflexionar, de forma un tanto atormentada, sobre el hecho de que nuestra interacción reflejaba la que mantenía con su marido, con quien a veces se sentía impulsada a reñir. Al oír esto, le dije que quizá su animadversión de aquel día podía relacionarse con algo que me había comentado en la última sesión, a saber, que la terapia por fin empezaba a surtir efecto. Y entonces comenzó una exploración –que todavía continúa– sobre su miedo a sus sentimientos, su estrategia de autosuficiencia y el terror a la dependencia y el rechazo. La interacción emocionalmente cargada de aquella sesión supuso un punto de inflexión en nuestra terapia. Creo que ilustra que el uso óptimo de las enacciones a menudo se relaciona tanto con la receptividad auténtica del terapeuta y su deliberada autorrevelación como con la interpretación.

La observación de que las enacciones en psicoterapia son cocreadas es totalmente coherente con los estudios que indican que los primeros vínculos de apego son coconstruidos. Como señalado anteriormente, algunos de los puentes conceptuales más significativos que se han tendido entre los vínculos de la infancia y la psicoterapia son los generados por Daniel Stern, Karlen Lyons-Ruth y el Change Process Study Group (CPSG). Aunque Stern et al.definen las enacciones de una manera más restringida que yo, hacen hincapié en los procesos esencialmente enactivos, más que verbales, que posibilitan la mayor parte del desarrollo psicológico significativo, así como el cambio terapéutico. Estos autores, con su enfoque único, hacen una valiosa aportación clínica al esclarecer el impacto curativo de los cambios en el «vínculo implícito compartido» entre el paciente y el terapeuta (Stern et al., 1998; Lyons-Ruth, 1999; Lyons-Ruth y Boston Change Process Study Group, 2001).

El vínculo implícito compartido refleja el sentido relativamente estable, aunque cambiante, de cada una de las partes sobre quién es el otro, quién es cada uno para el otro, y quiénes son conjuntamente. Aunque es fruto del trato personal actual entre el paciente y el terapeuta, también se ve necesariamente influido por el conocimiento relacional implícito –el modelo funcional interno, si se quiere– de cada una de las partes. Sospecho que este encuentro intersubjetivo del yo y el otro, lo interno y lo interpersonal, la experiencia prevista y la experiencia vivida, es lo que erige el vínculo implícito compartido en el impulso del cambio

potencial.

En 1998, el CPSG publicó un artículo de referencia cuyo subtítulo –«The "something more" than interpretation» [El «algo más» que la interpretación]– apunta a las experiencias no verbales de la terapia que suscitan el cambio. En concreto, observaron que los cambios en el conocimiento relacional implícito se producen, fundamentalmente, como una función de lo que se enactúa en el *campo intersubjetivo* del paciente y el terapeuta. Cuando se altera el vínculo, cambia el sentido del paciente acerca de quién es el terapeuta, quién es él para el terapeuta, y quiénes son cada uno de los dos para el otro.

Stern y sus colegas señalan que la terapia se desarrolla a través de una serie de *momentos presentes* («*beats*» en términos escénicos), cada uno de los cuales encarna un sentido subjetivo distinto acerca de «lo que sucede ahora entre los dos». En ocasiones, dichos momentos presentes se cargan de sentimientos intensos, impulsando al paciente y al terapeuta a la inmediatez y el calor emocional del aquí y el ahora. El CPSG designa tales momentos como «*momentos ahora*».

Cuando un «momento ahora» evoca en el terapeuta una respuesta personal auténtica que resuena profundamente en el paciente, la pareja terapéutica puede experimentar un *momento de encuentro* memorable que transforma el vínculo implícito compartido. Un momento de encuentro ofrece al paciente la posibilidad de vislumbrar nuevos modos de ser, más allá de las limitadas predisposiciones de transferencia o el conocimiento relacional implícito preexistentes. Dicha experiencia relacional correctiva puede abrir la puerta de un cambio dramático repentino.

Después de poner de relieve estos encuentros transformadores, el CPSG centró su interés en el vínculo terapéutico en desarrollo, el contexto más amplio de los momentos de encuentro más significativos. Como he señalado anteriormente, el desarrollo en la terapia –al igual que en la infancia– se ve facilitado por un vínculo que conlleva comunicación colaborativa, sintónica y contingente. Tal comunicación depende mucho más del proceso implícito, afectivo e *interactivo* entre el paciente y el terapeuta que del contenido explícito de las palabras que se transmiten. Lyons-Ruth lo formula de este modo: «El proceso *conduce* al contenido en esta concepción, de modo que no es necesario perseguir ningún contenido concreto, sino que la ampliación del ámbito y la fluidez del diálogo es primordial y conducirá a un contenido cada vez más integrado y complejo» (Lyons-Ruth y Boston Change Process Study Group, 2001, p. 15).

La ampliación del diálogo afectivo y lingüístico ocurre a través del «ensayo y error» de la pareja terapéutica, la «improvisación de los movimientos relacionales» (Lyons-Ruth y Boston Change Process Study Group, 2001), y no mediante el intento deliberado, por parte del terapeuta, de estructurar el tratamiento. Cuando el paciente y el terapeuta sienten que encajan al avanzar hacia los objetivos compartidos, el resultado suele ser una experiencia de vitalización que refuerza el sentido de que su vínculo común es valioso y útil. Los turnos repetidos de improvisación relacional tienden a crear patrones cada vez más efectivos de consonancia mutua que, al final, llegan a competir con las viejas predisposiciones del paciente y las desestabilizan, generando así la experiencia de la posibilidad, el flujo y el desorden, que es el precursor subjetivo (a menudo inquietante) del cambio.

Tanto si los cambios en el conocimiento relacional implícito del paciente se producen de

manera repentina (en un momento de encuentro) o gradual (a través del diálogo continuo que es cada vez más inclusivo y colaborativo de lo que esperar paciente), su contexto es siempre enactivo e intersubjetivo. Hace años, Frieda Fromm-Reichmann señaló que el paciente necesita una experiencia, no una explicación. Podríamos decir que el paciente necesita un vínculo, más que una razón.

Lo que se enactúa en el vínculo terapéutico será una función de la interacción del conocimiento relacional implícito del terapeuta con el del paciente. Es esencial prestar atención al carácter de nuestra participación como terapeutas, con el fin de reconocer lo que aportamos involuntariamente. Como hemos visto, las enacciones coconstruidas tienen el potencial de aportar algunos de los contextos más vitales para la transformación del sentido de los pacientes acerca de sí mismos, de los demás y de los vínculos.

Pero cuando los clínicos inconscientemente contribuyen a reproducir los esquemas codificados en las representaciones internas del paciente, las enacciones coconstruidas pueden ser obstáculos para la consecución de los objetivos del tratamiento. En consecuencia, perdura el viejo aprendizaje, las expectativas familiares se confirman, el pasado problemáticos se repite; el resultado puede ser un impasse terapéutico. O peor aún, el paciente puede retraumatizarse. Además, está la cuestión de nuestra postura ante la experiencia. Si las enacciones no logran atraer nuestra atención pensativa, es como si estuviéramos con el piloto automático, caminando sonámbulos por nuestro papel en la interacción en lugar de analizarlo con la atención, inmersos en la experiencia en lugar de adoptar un enfoque reflexivo o atento ante ella.

Por todo ello es imperativo que estemos siempre atentos a la naturaleza del vínculo implícito que enactuamos con nuestros pacientes. Para abordar lo que no son capaces de verbalizar, tenemos que sintonizar con la música de las palabras: ¿De qué modo sentimos que nos influye e influimos en él? ¿De qué modo siente el paciente que nos influye y se ve influido por nosotros? ¿Qué cabe inferir sobre su experiencia subjetiva e intersubjetiva, y qué sentimos sobre la nuestra? Debemos tener en cuenta que todo intercambio verbal, toda interpretación, toda intervención es un acontecimiento interpersonal y, por lo tanto, influye en el vínculo implícito compartido en mayor o menor medida, a menudo de forma imprevista, de manera que nuestros intentos de ser útiles (como mi excesivo afán de «llegar» a Eliot) pueden tener un impacto muy distinto de lo que pretendemos o esperamos.

Trabajar con las evocaciones de lo sabido impensado

Un ejecutivo dinámico y bastante intelectual vino a verme, aparentemente por iniciativa de su mujer. Ella se quejaba de que su esposo estaba tenso, distraído y poco accesible en lo emocional. El paciente, al que llamaré Gordon, no estaba seguro ni veía muy clara su necesidad de terapia, pero se mostró dispuesto a intentarlo (durante un breve período). Después de tres o cuatro sesiones de un tratamiento que parecía tener un futuro cada vez más incierto, observé que sopesaba mucho la elección de mis palabras. Me percaté de que me sentía inexplicablemente ansioso, casi como si se enfrentase a la amenaza de un perseguidor y necesitara de mi lenguaje para blindarme.

Tras cierta vacilación, decidí compartir esta experiencia con el paciente. Cuando se lo dije,

Gordon se quedó atónito. Me dijo que yo estaba describiendo su experiencia, no sólo allí conmigo en la consulta sino en general. Nunca había encontrado las palabras para describirlo, pero ahora le parecía que estaba aportando lo que denominaba su «paisaje interno» a la interacción entre nosotros. A este respecto, me reveló que tendía a «acorazarse» compulsivamente, como si tuviera una vaga sensación de amenaza, y añadió que su madre, que era superviviente del Holocausto, le había preguntado recientemente: «¿No te sientes ansioso? Debes de ser el único judío que hay ahí».

A medida que exploramos su experiencia, y la de los dos, a lo largo de varias sesiones, Gordon tomó conciencia de que lo que motivaba su blindaje era un miedo al juicio y el ataque, sobre todo en entornos donde no esperaba una conducta racional. Creía que su madre «tenía esta misma ansiedad por sus experiencias» y que de alguna manera se la había transferido. Y ahora parecía que me la había transferido a mí. Mi vulnerabilidad a sentirme amenazado permitió que Gordon evocara en mí una experiencia que le costaba evitar en sí mismo. Al «resituar» su inconsciente sensación de peligro, permitió que los dos la identificáramos/articuláramos y que empezáramos a captar que, en cierto nivel, los sentimientos que se mostraba reacio a aceptar como propios eran, en realidad, originariamente los de su madre.

Al sugerir que este paciente evocó en mí lo que era reacio a saber y, por lo tanto, incapaz de decirme, me refiero a la *identificación proyectiva*. En su sentido convencional, éste es el proceso por el cual proyectamos unos en otros lo que no soportamos en nosotros mismos. Después nos relacionamos con el otro de manera que éste llega a identificarse con lo que hemos proyectado. La identificación proyectiva, aunque se suele considerar un mecanismo de defensa, es también un modo de comunicación no verbal.7

Según la concibió inicialmente Melanie Klein, la identificación proyectiva era la *fantasía*, anidada en la mente de los niños y de los adultos psicológicamente primitivos, de que podían, de alguna manera, resituar partes de sí mismos en los demás. Se suele atribuir a los psicoanalistas Winnicott y Bion la «interpersonalización» de la idea de Klein. Se percataron de que lo que Klein había considerado como un fenómeno exclusivamente interno era, en realidad, interpersonal. Todos nosotros, desde que nacemos, evocamos en los demás experiencias que no podemos o no queremos reivindicar como propias.

Bion (1962) teorizó que la «identificación proyectiva normal» era el medio de comunicación más importante de la infancia. El niño proyectaba los afectos agobiantes en la madre receptiva, que los contenía y procesaba antes de devolverlos al niño de una manera modulada y «digerible». Las observaciones de la investigación hijo-progenitor tienden a confirmar la teoría de Bion, aunque recalcan además un aspecto de suma relevancia, a saber, la influencia bidireccional y la coconstrucción.

Stephen Seligman (1999), psicoanalista e investigador de la Universidad de California, ha sugerido que una comprensión realista de los vínculos hijo-progenitor debe tener en cuenta tanto las proyecciones del *progenitor* como las del hijo. En estos y otros vínculos cercanos, como el matrimonio y la psicoterapia, los adultos recurren a la identificación proyectiva. Bion (1967) sostenía que la identificación proyectiva era la forma de interacción más significativa entre los pacientes y los terapeutas. Lo que pretendo recalcar en los siguientes capítulos es la complejidad de la identificación proyectiva: en primer lugar, el hecho de que es bidireccional;

en segundo lugar, que los terapeutas debemos evitar la suposición de que lo que sentimos que el paciente evoca nosotros corresponde únicamente al paciente. Por lo general, los seres humanos necesitan un hombro donde apoyarse.

La forma en que evocamos nuestras propias experiencias en los demás es una cuestión que ha analizado la investigación contemporánea en diversos campos. Parece que la transferencia de los estados internos del hijo al progenitor (y viceversa) así como del paciente el terapeuta (y viceversa) se lleva a cabo, principalmente, a través del medio de la comunicación intercorporal. Cabría afirmar que llegamos a ser lo que contemplamos. Cuando percibimos emociones en los demás, sentimos esas emociones en nosotros mismos.

Como señalé anteriormente, los recién nacidos, desde los 42 minutos de edad, imitan los gestos faciales de un modelo que abre la boca y saca la lengua (Meltzoff y Moore, 1998). A los dos meses y medio, los niños reaccionan a las muestras maternas de emoción con correspondientes afectos propios (Haviland y Lelwica, 1987).8 En otra investigación afín, Dimberg et al. (2000) mostró a sujetos adultos un vídeo neutral en el que se habían insertado secuencias de 30 milisegundos de una cara sonriente y una cara enfadada. Ante estos segmentos subliminales, los sujetos del experimento cambiaron, de forma refleja, la micromusculatura de su propia cara para adaptarse a las expresiones que (inconscientemente) contemplaban en las caras del vídeo.

Al parecer, estamos construidos por la evolución para imitar de forma refleja la conducta facial de las personas con las que interactuamos. ¿Pero qué tiene que ver la imitación con la transferencia de los estados internos? La emulación de la conducta facial de otra persona no es lo mismo que la participación en su experiencia emocional. ¿O sí?

Paul Ekman,9 el investigador más destacado del mundo en el ámbito de la fenomenología y la psicofisiología de la expresión facial, ha descubierto que las reacciones de los músculos faciales no sólo *expresan* emociones sino que las *activan*. Cuando adoptamos deliberadamente la expresión facial asociada con una determinada emoción, nuestra fisiología y el patrón de activación cerebral cambian en conformidad con ella.10 La investigación de Ekman, junto con los estudios de la imitación, indica que a menudo tenemos acceso a tales estados en los demás, al margen de nuestra voluntad. Porque cuando emulamos, de forma inconsciente e involuntaria, la expresión facial de otra persona, también adoptamos en nuestro interior una respuesta emocional que coincide y se corresponde con la experiencia emocional de esa persona (Ekman, 2003; Ekman, Levenson y Friesen, 1983).

Así es, probablemente, como los terapeutas tenemos el potencial de conocer «desde el interior» lo que experimentan nuestros pacientes. Lo que no pueden expresar con palabras lo transmiten a través de las comunicaciones interfaciales que evocan su emoción en nosotros. Por otro lado, Ekman cree que la «música» de la voz (tono, ritmo, melodía) comunica y activa la emoción tanto como la expresión de la cara. Ya se llame identificación proyectiva o comunicación no verbal, lo cierto es que nuestros pacientes activan en nosotros resonancias de su propia experiencia.

Aquí el punto crucial se sitúa en el centro del enfoque intersubjetivo y relacional de la psicoterapia: *Para acceder a lo que los pacientes no pueden expresar con palabras, debemos sintonizar con nuestra propia experiencia subjetiva*. Posteriormente exploraré en detalle cómo puede ayudarnos la teoría relacional contemporánea a utilizar nuestra propia

subjetividad con el fin de identificar, comprender y aprovechar la influencia evocadora del paciente. Por el momento, me limitaré a decir que para recibir las comunicaciones verbales del paciente debemos aprender a reconocer sus reverberaciones en nuestro interior.

Una vez que lo conseguimos, en algunos momentos puede ser vital revelar deliberadamente al paciente lo que creemos que ha evocado en nosotros. En otros casos podemos utilizar nuestra consciencia de lo que se ha evocado para desarrollar y transmitir una comprensión más profunda de la experiencia tácita del paciente. Y otras veces, los pacientes necesitan vernos soportar experiencias que para ellos son insoportables. Nada de esto es posible sin comprender que los pacientes suelen evocar en nosotros lo que no pueden comunicar a través del lenguaje, salvo quizá el lenguaje corporal.

Trabajar con las corporizaciones de lo sabido impensado

Una paciente se sentía muy incómoda cada vez que surgía la posibilidad de un silencio entre nosotros. Al explorar los detalles de esta experiencia, dijo que si no había conversación sólo nos mirábamos. ¿Y si eso ocurriera?, pregunté. Entonces nos miraríamos mutuamente el cuerpo, respondió. Sería como si fuéramos dos cuerpos. Esto, al parecer, le planteaba a la inquietante cuestión del vínculo entre nuestros cuerpos, también conocida como la cuestión de la sexualidad.

No podemos excluir el cuerpo si pretendemos que la psicoterapia dé cabida a la máxima experiencia posible del paciente. La «terapia verbal» resulta mucho menos inclusiva, menos integradora, si es sólo una conversación entre dos bustos parlantes. La sensación corporal es siempre el sustrato de la emoción. En gran medida, lo que sentimos físicamente es lo que sentimos en el plano nacional.

La experiencia preverbal, identificada por las investigaciones del apego como elemento de suma influencia, es en gran medida una experiencia corporal. Como he señalado anteriormente, la comunicación intercorporal es lo que aporta el subtexto evocador del diálogo hablado en la psicoterapia. Aunque gran parte del impacto de esta comunicación se registra fuera de la consciencia, también es cierto que puede resultar muy difícil encontrar lo que no buscamos. Los clínicos no pueden prescindir del cuerpo –ni del cuerpo del paciente ni del suyo propio– porque el cuerpo suele recibir y transmitir lo que no se ha expresado o no puede expresarse con palabras.

Los impactos del trauma agudo así como del apego desorganizado suelen ser somáticos. Una paciente mía que sufrió un trauma crónico en la infancia se siente alternativamente dominada por el dolor físico o anestesiada ante él, como si las señales internas fueran ensordecedoras o casi inaudibles. A veces se siente prisionera de su cuerpo y a veces es como si no tuviera cuerpo propio. No sabe si el sufrimiento físico puede ser un sustituto del sufrimiento emocional.

Este tipo de pacientes, que oscilan entre la hiperexcitación abrumadora y la disociación entumecedora, siempre tienen enormes dificultades con la regulación del afecto. Les cuesta traducir las sensaciones somáticas en sentimientos susceptibles de ser expresados y utilizados para gestionar la acción apropiada. La facilidad con la que se disparan de forma autónoma les dificulta pensar y sentir, de modo que optan por negar y disociar. Como era de esperar, los

estudios neurobiológicos muestran que los pacientes con una historia traumática tienen una mayor reactividad en la amígdala y, en consecuencia, una actividad *reducida* en el córtex prefrontal (Rauch et al., 2000; Shin et al., 2004). Para tales pacientes, «el cuerpo lleva la cuenta» (van der Kolk, 1996, p. 214).

Es como si el cuerpo recordara demasiado bien las agonías que registró en el pasado y, en el presente, reaccionase como si a diario las dificultades fueran catástrofes que entrañaran un peligro mortal. Gran parte de la labor psicoterapéutica con tales pacientes conlleva el esfuerzo por reconocer, tolerar y etiquetar los estados somáticos, de forma que las sensaciones corporales puedan asociarse con las emociones y éstas con los contextos que las provocan. Con este tipo de pacientes la regulación del afecto y la integración de la experiencia disociada suele empezar por el cuerpo.

En contraste con los pacientes que alternan entre la hiperactivación del sistema nervioso simpático y la desactivación parasimpática, hay otros que se encuentran en un estado anímico negador con respecto al apego. Dichos pacientes parecen bustos parlantes inexpresivos, pues adoptan una postura rígida, un porte impasible y emiten una voz de escasa inflexión.11 Los terapeutas que tienen pacientes inhibidos y desactivadores como éstos necesitan incidir especialmente en la sintonización con sus propias sensaciones corporales de tensión, constricción, somnolencia, etc. La reverberación de las emociones negadas por el paciente, o de las defensas contra ellas, se registran primero en el cuerpo del terapeuta.

Un colega clínico me dijo en una ocasión que sintió un fuerte dolor en el pecho cuando trabajaba con un «paciente que era un auténtico hombre Marlboro». Este paciente había mostrado escasos efectos a lo largo de varios años de tratamiento. El terapeuta sufrió en silencio la dolorosa sensación en el pecho y comprendió que era un eco corporal de los sentimientos que había tenido durante su solitaria adolescencia. Decidió compartir esta experiencia con el paciente. Cuando lo hizo y le preguntó si había tenido alguna vez alguna sensación similar, asomaron las lágrimas en los ojos del paciente, que empezó a hablar por primera vez de sus sentimientos dolorosos de soledad durante la adolescencia, sentimientos que nunca había sido capaz de compartir ni de superar.

El cuerpo, parafraseando el psicoanalista Otto Kernberg, es una geografía de los significados personales. Para acceder a dichos significados tenemos que dar cabida a yo somático, atender tanto a lo que revela el cuerpo del paciente como a la relación del paciente con su cuerpo. También tenemos que prestar atención a las sensaciones de nuestro propio cuerpo, porque a menudo representan respuestas fisiológicas resonantes ante lo que ocurre dentro del paciente. Por último, como se indica en la cita que abría esta reflexión sobre el cuerpo en la psicoterapia, debemos fijarnos en la relación entre los dos cuerpos presentes en la consulta. Son vías para reconocer, abordar y, si todo va bien, modificar el impacto de las experiencias formativas problemáticas para las cuales nuestros pacientes todavía no tienen palabras.

El dominio no verbal nos permite conectar con facetas del yo del paciente que nunca se han integrado ni se han expresado. Al tomar conciencia de lo que enactúa el paciente con nosotros, lo que evoca en nosotros, o lo que corporiza, tenemos la oportunidad de empezar a conocer lo «sabido impensado» del paciente, y en ese proceso aprendemos algo más sobre nosotros mismos. Prestar atención a las corrientes ocultas relacionales, intersubjetivas y afectivas de la

interacción terapéutica puede ayudarnos a acoger la experiencia y la consciencia que el paciente, hasta entonces, ha tenido que repudiar. Y, en la situación ideal, nuestras respuestas al paciente pueden favorecer la profundización de tal experiencia y consciencia.

1. Conviene señalar que no se desprende de los datos científicos que la trayectoria establecida por nuestros primeros vínculos sea inalterable. Los modelos funcionales tienen el potencial de actualizarse; la experiencia inicial establece pautas estables, no estructuras rígidas.
2. Así, las personas traumatizadas, privadas de la capacidad del lenguaje expresivo, pueden experimentar el «terror mudo» (van der Kolk et al., 1996).
3. Se ha observado, en algunos estudios, que los individuos traumatizados en la infancia tienen un el hipocampo izquierdo más pequeño y un menor desarrollo del hemisferio izquierdo, en general, en comparación con los sujetos de control sanos. En consecuencia, cuando se pedía a los adultos con una historia de abusos que rememorasen algún recuerdo temprano inquietante, su actividad hemisférica mostraba un sesgo radical hacia la derecha; al rememorar un recuerdo neutral, el sesgo era hacia la izquierda. En un grupo de control, en cambio, la actividad hemisférica era equilibrada, independientemente de si el recuerdo era inquietante o neutral. Además, se observó que el volumen del cuerpo calloso –el principal canal de intercambio de información entre los dos hemisferios– era significativamente menor en los individuos traumatizados que en los sujetos de control sin una historia similar. Así pues, parece que el trauma impide la integración neuronal y psicológica, aislando el hemisferio derecho emocional de los recursos verbales del izquierdo.
4. Tal vez determina la elección habitual de la madre como figura de apego primaria porque, como observa Main (1999), la voz materna a la que se orienta el recién nacido era un rasgo familiar de la «banda sonora» intrauterina.
5. Junto con el *inconsciente* freudiano producido por represión, este no consciente implícito (Stern, 2004; Siegel, 1999) es quizá lo que tenía en mente Bollas cuando acuñó el término de lo «sabido impensado».
6. El psicólogo del yo Michael Basch (1992) ha afirmado que «el paciente provoca sutilmente que su inconsciente resuene de forma autónoma en el terapeuta» (p. 179).
7. A este respecto, Schore (2003) apunta lo siguiente: «Freud empezó a modelar el estado anímico de la "atención neutra suspendida" en el que uno podía recibir las comunicaciones inconscientes de los demás. Sugiero que, si Freud describía cómo puede actuar el inconsciente a modo de «órgano receptivo», el concepto de identificación proyectiva de Klein intenta modelar cómo puede actuar un sistema inconsciente a modo de «transmisor», y cómo influyen tales transmisiones en las funciones receptivas de otra mente consciente» (p. 59).
8. Se pedía a las madres, en las interacciones interfaciales con sus hijos, que adoptasen diversas expresiones faciales. En respuesta a una expresión de alegría en las madres, se manifestaba alegría en los niños y sus movimientos bucales disminuían; en respuesta a la cara triste de las madres, los niños parecían apagados y sus movimientos bucales se incrementaban; en respuesta a la expresión enfadada de las madres, los niños mostraban enfado y su cuerpo se ponía rígido (Haviland y Lelwica, 1987).
9. Ekman adquirió renombre inicialmente por su demostración intercultural de que cada emoción básica (tristeza, ira, miedo, sorpresa, etc.) se asociaba con un patrón característico de reacciones musculares faciales; el disfrute, por ejemplo, se reflejaba en la sonrisa pero también en el movimiento involuntario de los músculos del contorno de los ojos.
10. Para explicar el proceso, Ekman cita un fragmento de *La carta robada* donde Edgar Allan Poe, que narra el relato a través de la persona de un detective, explica cómo logra acceder deliberadamente a los estados internos de los demás: «Cuando deseo saber cuán sabio o cuán estúpido, o cuán bueno o cuán malo es alguien, o cuáles son sus pensamientos en un momento dado, acomodo la expresión de mi rostro, con la máxima exactitud posible, de acuerdo

con la expresión de dicha persona, y entonces trato de ver qué pensamientos o sentimientos surgen en mi mente o en mi corazón que se correspondan con dicho semblante» (Poe, citado Ekman, 2003, p. 37).

11. La investigación de Ekman indica que tal inhibición del cuerpo inhibe, en realidad, la experiencia subjetiva de la emoción tanto los niños como los adultos.

9 La actitud del yo ante la experiencia
Inmersión, mentalización y atención plena

Las investigaciones de Main, Fonagy y otros autores confirman que la capacidad de reflexionar de forma coherente sobre la experiencia, en lugar de asimilarse a ella o disociarse de ella de manera defensiva, es un rasgo de nuestra seguridad de apego y de nuestra capacidad de tener niños (y tal vez pacientes) que también sean seguros. Como sucede en la Entrevista de Apego Adulto de un adulto seguro, la capacidad de adoptar una postura «reflexiva» o «mentalizadora» (empleo los términos indistintamente) se manifiesta en un relato coherente de una experiencia que, a su vez, revela un yo coherente. Me refiero a un yo que (1) cobra sentido en lugar de estar aquejado de inconsistencias; (2) se presenta como un conjunto integrado, no como algo fracturado por las disociaciones y las negaciones; y (3) es susceptible de colaboración con otros yos. Siguiendo la estela de Daniel Siegel (2006), sugiero que un yo coherente es también estable, adaptativo, flexible y enérgico.

Los psicoterapeutas pretendemos contribuir a que los pacientes vivan, cada vez más, desde un yo coherente como el descrito. Nuestra labor consiste en cocrear un vínculo con nuestros pacientes que les permita explicar su experiencia, sentirse más «unidos» y relacionarse con los demás de modo más profundo y con mayor satisfacción. Un aspecto central de esta tarea en el modelo de psicoterapia que propongo es la postura mentalizadora del terapeuta, que impulsa la capacidad del paciente de mentalizar. Para la mentalización –implícita o explícita– es fundamental la integración de las experiencias disociadas del paciente, a las que se accede a través de la atención al ámbito no verbal.

Nada predice mejor la capacidad adulta de tener hijos con apego seguro que la capacidad de acceder libremente a los recuerdos de apego, y de reflexionar colaborativamente sobre ellos, así como de construir y presentar un relato coherente de la primera experiencia de apego. Recordemos que las investigaciones de la AAI revelan que esta capacidad es lo que distingue a los adultos seguros de aquellos otros que no tienen experiencias de apego óptimas. Los adultos negadores no pueden acceder libremente a los recuerdos de apego; sus relatos son rígidos e incompletos. Los adultos preocupados no pueden reflexionar colaborativamente; sus relatos son caóticos y confusos.

Sin embargo, existen *algunos* individuos que, pese a que han vivido ese tipo de experiencias, pueden, por así decirlo, desviarse de la trayectoria de desarrollo para producir relatos coherentes y criar hijos seguros. El hallazgo científico de la «seguridad adquirida» es fundamental y tiene implicaciones alentadoras para la psicoterapia. A grandes rasgos, confirma que los individuos tienen el potencial de trascender los límites de su historia, rompiendo la cadena de carencias que transmite inseguridad y trauma de una generación a otra. Lo que equivale (aunque a veces es también algo más) a que la experiencia formativa es la actitud ante la experiencia.

Tomando esta conclusión como punto de partida, considero muy útil, tanto en el plano clínico como en el personal, pensar en términos de las tres actitudes primarias ante la experiencia: podemos estar sencillamente *inmersos* en la experiencia, podemos tener una actitud *mentalizadora* y *reflexiva* ante la experiencia, o podemos estar *atentos*.

Gran parte del tiempo, sin ser conscientes de ello, muchos de nuestros pacientes están demasiado inmersos en la experiencia problemática –demasiado identificados con lo que creen y sienten– como para imaginar visiones alternativas de dicha experiencia. Para ayudarles a acceder a los *múltiples* niveles de la experiencia, en lugar de representar la versión unidimensional donde los mantiene atrapados su credulidad autoprotectora/autodestructiva, tenemos que sintonizar con el ámbito no verbal. Y para lograrlo con eficacia, debemos ser capaces de mentalizar, es decir, de captar intuitivamente los estados mentales que subyacen a la experiencia actual de los pacientes. Se trata de una mentalización *implícita* que nos permite acceder y responder sintónicamente, en el aquí y el ahora, a la experiencia para la que los pacientes todavía no tienen palabras. Después de acceder a esta experiencia tácita que ha sido disociada o negada, debemos ser capaces de reflexionar sobre ella con el paciente, a fin de ampliar su integración. Esto requiere una mentalización *explícita*, que recurre al lenguaje para que los pacientes expliquen su experiencia situándola en el contexto del pasado vivido y el futuro previsto, así como en el momento presente. Al mentalizar de forma implícita y explícita, paulatinamente facilitamos que los pacientes hagan lo mismo.

Se ha observado que la psicoterapia, en todas sus formas, conlleva un vínculo que despierta o desinhibe la capacidad de mentalización del paciente (Fonagy et al., 2002; Holmes, 2001). Como veremos, la psicoterapia se ha concebido también como un proceso que cultiva la capacidad de atención plena del paciente (Martin, 1997; Germer et al., 2005). La atención plena se define como «pura atención», es decir, «la clara conciencia inquebrantable de lo que realmente nos ocurre dentro y fuera de nosotros, en los sucesivos momentos de la percepción» (Nyanaponika, 1972, p. 5). Baer (2003), al revisar la bibliografía sobre la formación para la atención plena como intervención clínica, la describe como «la observación

no sentenciosa de la corriente continua de estímulos internos y externos a medida que surgen» (p. 125). Al igual que la postura mentalizadora, la atenta puede contribuir a potenciar la integración, la regulación de las emociones, así como la seguridad del apego. Pero antes de abordar las implicaciones terapéuticas, quiero comentar someramente cada una de las tres actitudes ante la experiencia.

Inmersión

Cuando estamos inmersos en la experiencia, es como si *fuéramos* la experiencia mientras dura. Todo lo que sentimos, percibimos y creemos en un momento dado lo asumimos sin más. En muchas circunstancias, tal actitud puede ser adecuada: por ejemplo, cuando estamos inmersos en los placeres de la música, o esquiando o haciendo el amor. En otras, cualquier otra actitud nos sitúa en una crítica desventaja: cuestionar nuestro sentido del peligro puede ser peligroso cuando, por ejemplo, estamos delante de un camión que avanza hacia nosotros. Sin embargo, si una postura de inmersión es nuestra única opción, nuestra experiencia de nosotros mismos y los demás será probablemente muy problemática.

En este modo anímico no reflexivo, las sensaciones somáticas, los sentimientos y las representaciones mentales que podrían aportar *información* sobre la realidad se perciben como *la realidad en sí*. Aquí –y este es un punto crucial– sólo hay una perspectiva de la experiencia, una única visión, como si no hubiera interpretaciones, sino no sólo percepciones, como si no hubiera creencias, sino sólo hechos.

Inevitablemente, esto complica la tarea de regular las emociones y hacer buen uso de ellas. Pues, si todo sentimiento es un conducto de la verdad, no tenemos ni la base racional ni la capacidad para refrenar lo que sentimos y, por lo general, los sentimientos no modulados no sirven como valoración de la realidad y guía de acción. Cuando nos sentimos asustados, por ejemplo, las circunstancias que han suscitado el miedo se contemplan como peligrosas de una manera realista, *sin cuestionarlo*. Por supuesto, tal valoración sólo amplifica el temor. Así inmersos en la experiencia, corremos el riesgo de gritar «¡fuego!» en un cine lleno de público. En estos casos, el mundo interno confunde la realidad externa, independientemente de los «hechos».

A la inversa, cuando estamos profundamente inmersos en la experiencia, es difícil trazar el límite que diferencia los acontecimientos externos de lo que registran en el interior. Lo que nos ocurre se percibe como lo que somos, y ese sentimiento es demasiado intenso como para cuestionarlo. Así pues, la postura de la inmersión es afín al modo de la *equivalencia psíquica* (Fonagy et al., 2002), en el que se equiparan las experiencias subjetivas del mundo interno a la realidad externa. Desde esta perspectiva restringida, estamos atrapados en lo que Melanie Klein denominaba la posición *paranoide-esquizoide*, donde predomina la escisión y el yo se percibe como el objeto de la experiencia, no como el sujeto que la inicia e interpreta.

Confinados en esta postura, no tenemos ni el incentivo ni el espacio mental para pensar deliberadamente sobre nuestra experiencia, porque no existe sentido de la naturaleza subjetiva de dicha experiencia *y* porque el sentimiento no modulado ahoga el pensamiento. Además, una postura de inmersión cercena nuestra capacidad de responder *implícitamente* a la experiencia –propia o ajena– a la luz de los estados mentales subyacentes. Cuando esta postura es nuestra

opción principal, estamos con el piloto automático y, por lo tanto, demasiado constreñidos por los modelos funcionales trasnochados y por esquemas generalmente estructurados de pensamiento, sentimiento y acción.

Mentalización

Una postura de mentalización crea el potencial de flexibilidad afectiva, cognitiva y conductual, en gran parte porque nos permite idear múltiples perspectivas sobre cualquier experiencia, potenciando la probabilidad de que se actualicen los modelos preexistentes y de que se «desautomaticen» los esquemas habituales. Esta apertura, junto con el carácter autocuestionador de la postura mentalizadora, es decisivo para la generación de relatos coherentes, en lugar de rígidos o caóticos, por parte de los adultos seguros en la AAI.

La mentalización posibilita tanto el esfuerzo consciente de conferir sentido a nuestra experiencia como la receptividad no consciente ante la experiencia sobre la base de los sentimientos, deseos y creencias que la sustentan. De este modo, la postura mentalizadora potencia nuestra capacidad de identificar y modular los afectos, de modo que sirvan para su función primaria, a saber, la de ayudarnos a evaluar la experiencia del mundo y, sobre la base de dicha evaluación, guiar nuestras acciones de una manera adaptativa.

Supongamos, por ejemplo, estamos atrapados por el impulso de alejarnos de un buen amigo que se ha vuelto necesitado e inseguro. En lugar de tomar al pie de la letra los sentimientos y actuar de forma impulsiva, con una postura mentalizadora nos veríamos impulsados a indagar nuestro deseo de alejamiento, tomando conciencia de que la aparente vulnerabilidad de nuestro amigo es un incómodo recordatorio de la nuestra. Este tipo de consciencia depende de la capacidad no sólo de reflexionar deliberadamente sino de saber implícitamente que la experiencia tiene profundidad interpretativa. Dicho de otro modo, la experiencia (como el sentimiento de desconcierto por la inseguridad del amigo y el deseo de alejamiento) tiene un significado que sólo puede captarse plenamente en el contexto de los estados mentales subyacentes (nuestra ansiedad por ser vulnerables y la tendencia consiguiente a exagerar la vulnerabilidad ajena).

Los teóricos del apego han centrado su atención en diversos aspectos de la postura mentalizadora o reflexiva. Main (1991) hace hincapié en la capacidad de metacognición –pensar sobre el pensamiento– que se fundamenta en el reconocimiento de la *distinción apariencia/realidad* (las cosas pueden ser distintas de lo que parece a simple vista), la *diversidad representacional* (cada persona puede tener una perspectiva diferente respecto de la misma realidad) y el *cambio representacional* (nuestra visión de la realidad puede cambiar según el momento y el contexto). Fonagy, como Main, pone de relieve la capacidad de mantener múltiples perspectivas de una misma situación; también hace hincapié en lo que designa como *mind-mindedness* [*lectura de la mente*] (2001) o *mind-mindedness* [*actitud mentalizante*] (1991), y afirma que la esencia de la mentalización es la capacidad de leer o interpretar la conducta y la experiencia de los demás a la luz de los estados mentales subyacentes. Jeremy Holmes (1996), que integra las aportaciones de Main y Fonagy, subraya lo que denomina *competencia narrativa* (o *autobiográfica*), que es la capacidad de ser consciente de la propia vida psicológica a lo largo del tiempo, de diferenciar entre los propios

sentimientos y los de los demás, y de captar la naturaleza representacional del pensamiento en sí.

Atención plena

Estar atentos es estar aquí y ahora, ser capaces de estar presentes en cada momento, de ser receptivos a lo que surja de la experiencia, sin verse atrapados en en ningún aspecto concreto de la experiencia. Estar atentos es también ser conscientes de la experiencia sin juzgarla o evaluarla. Este estado de presencia abierta y alerta y de consciencia no sentenciosa suele cultivarse a través de la meditación. Sin embargo, el objetivo último de dicha práctica no es alcanzar un estado de atención plena durante la meditación, sino de ejercer –y por lo tanto fortalecer– la capacidad de estar atentos en la vida cotidiana.

Veamos un ejemplo personal. Después de una mañana terriblemente estresante, entré en un seminario que había dirigido durante años. Normalmente me gustaba reunirme con los terapeutas de este grupo, pero, como aquel día me sentía aislado, ansioso e irritable, no me apetecía estar allí. Lo único que podía era dejarme llevar de una manera mecánica. Como estaba demasiado envuelto en la tensa irritación para reflexionar de forma productiva, se me ocurrió adoptar una actitud de atención plena. Respiré profundamente y recurrí al truco mental de imaginar que la experiencia *presente* –en este caso, el trato con un conjunto de terapeutas, con quienes mantenía en muchos casos una cálida relación desde hacía varios años– era también la última experiencia que iba a tener. Puede resultar un poco siniestro, pero esta artimaña me devuelve –a veces como un destello y con un estampido– al preciado aquí y ahora. Con ayuda de varias respiraciones conscientes y mi «experimento del pensamiento», aterricé con los dos pies en el momento presente, sin sentirme ya aislado y con bastante satisfacción por estar exactamente donde estaba. El cambio de una actitud de inmersión a otra de atención plena, al parecer, «lo cambió todo».

La actitud de la atención plena ante la experiencia, como la postura mentalizadora, aporta ventajas significativas. En conjunto, parece que la práctica de la atención plena puede ayudarnos a modular los sentimientos difíciles, a atenuar el sufrimiento autoimpuesto, a adaptarse a los desafíos vitales con mayor habilidad, y a experimentar más profundamente las alegrías que nos ofrece la vida (véase Baer, 2003; Lazar, 2005; Martin, 1997; Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Gran parte de la investigación formal se ha centrado en el impacto de la medicación en el cuerpo, demostrando que dicha práctica reduce los índices habituales de estrés: Reduce no sólo los niveles de glucocorticoides (la hormona del estrés) sino también el ritmo cardíaco, el consumo de oxígeno y otras variables (Sapolsky, 2004). Además, así como el estrés recorta la competencia del sistema inmunitario, la meditación de atención plena la refuerza (Davidson et al., 2003). En el mismo estudio, un conjunto de principiantes en la meditación1 mostró con el tiempo un incremento de la activación del área prefrontal izquierda del córtex, que se asocia con la emoción positiva y la inhibición de la amígdala. También declararon en primera persona que percibían una disminución de la ansiedad y el incremento de los sentimientos positivos; cuanto mayor era la inclinación hacia la izquierda de la actividad prefrontal, mayores eran los sentimientos positivos y menores los negativos que declaraban tener.

Los estudios con meditadores mucho más avezados con muchos años de práctica mostraron resultados aún más drásticos. Un sujeto, monje budista tibetano, superó las expectativas de los investigadores cuando no mostró ninguna evidencia visible de un reflejo de sobresalto prácticamente imposible de inhibir, en respuesta a un disparo; la inclinación hacia la izquierda en la actividad prefrontal fue extraordinaria (tres desviaciones respecto de la norma). También demostró una aptitud espectacular para leer las microexpresiones de la cara que, según Ekman, revelan la realidad emocional de los demás (Ekman, 2003; Goleman, 2003).2

Prolifera la bibliografía científica (véase Walsh y Shapiro, 2006) donde se sugiere que la atención plena y la meditación pueden tener efectos muy saludables en relación con una amplia gama de afecciones físicas (p. ej. la hipertensión, el asma, el síndrome premenstrual y la diabetes tipo II) y los problemas psicológicos (p. ej., la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad y las fobias). Hay diversos modos de explicar cómo produce estos efectos práctica de la atención plena. En un nivel fisiológico, tal práctica parece disminuir la reactividad autonómica y la hiperexcitación del sistema nervioso simpático que se producen a raíz de las emociones como el miedo y la ira, radicadas en la amígdala. En un nivel psicológico, parece facilitar la tranquilidad, el autoconocimiento y la autoaceptación, así como la desautomatización de los esquemas habituales de pensamiento y sentimiento. Y como he propuesto, puede contribuir con el tiempo a la creación (o consolidación) de una base segura interiorizada. Por último, existen crecientes indicios que apuntan que la atención plena potencia la empatía (Morgan y Morgan, 2005), hallazgo coherente con la conclusión de que la meditación refuerza la mentalización (Allen y Fonagy, 2002). En suma, la atención plena puede desempeñar9 una importante función en la psicoterapia.

De la inmersión a la mentalización

Todos nuestros pacientes están inmersos en la experiencia parte del tiempo y algunos lo están permanentemente. Los primeros son prisioneros del momento, se hallan atrapados por las circunstancias internas y externas que perciben como inevitablemente «reales». Como los niños y los jóvenes, aunque por motivos muy diferentes, estos pacientes (que suelen tener un nivel límite de fortaleza del ego, TEPT y/o depresión grave) son incapaces de adoptar *múltiples* perspectivas de una determinada experiencia. Su perspectiva unidimensional no les deja espacio mental para la interpretación; en consecuencia, tienen enormes dificultades para conferir sentido su propia experiencia y a la de los demás a partir de los estados mentales. Además, encerrados en tal actitud, tienen poca capacidad para identificar, modular y expresar con eficacia los sentimientos evocados por la experiencia, sobre todo si se trata de una experiencia dolorosa.

La mayor parte de nuestros pacientes (y la mayor parte de los terapeutas) se ve asimismo inmersa en la experiencia a veces, pero con menos frecuencia y, por lo general, en situaciones de angustia significativa. Así pues, para la mayoría de nosotros lo que denomino *inmersión* es algo dependiente del contexto, de manera que hay algunos acontecimientos, algunos vínculos y algunos acontecimientos en los vínculos que nos engullen por completo. Abrumados por la emoción, en tales contextos podemos sentirnos totalmente incapaces de elevar la cabeza por encima del agua, de alejarnos de la experiencia y pensar en ella con alguna parte de nosotros

mismos.

Tanto en la infancia como en la psicoterapia, el movimiento desde una postura rígida de inmersión hacia la flexibilidad de una postura mentalizadora y reflexiva ocurre en el marco de los vínculos cercanos. Poco más o menos, los mismos ingredientes de esos vínculos que promueven la seguridad del apego también impulsan la capacidad de mentalización. Como he señalado en el capítulo 4, el puente entre la inmersión y la mentalización se construye con cimientos de regulación del afecto, reconocimiento de la intencionalidad y juego simbólico.

En el desarrollo sano, la postura mentalizadora del niño se fomenta a través de la receptividad sensible del cuidador. Dicha receptividad es en sí totalmente dependiente de la capacidad del cuidador de mentalizar, es decir, de interpretar los indicios, en gran parte implícitos y no verbales, como comunicaciones de estados mentales. Lo mismo cabe decir de la psicoterapia, en la que nuestra sintonía empática con la comunicación del paciente proviene, en gran medida, de nuestra capacidad de mentalizar. De hecho, es principalmente en el contexto del vínculo intersubjetivo con un apego cada vez más seguro –respaldado por la atención esencial del terapeuta a la dimensión no verbal que se enactúa, evoca o corporiza– donde el terapeuta mentalizador activa el potencial de mentalización del paciente.

Los pacientes más sanos y sus terapeutas pueden ser capaces de reflexionar con bastante coherencia sobre sus estados mentales conjuntos hasta que una de las partes tropieza con una experiencia emocionalmente abrumadora. Cuando descarrila de este modo la mentalización (por ejemplo, durante una en acción inquietante) o cuando todavía no se ha despertado el potencial de mentalización, el paciente –y a veces el terapeuta– puede verse atrapado en el modo inmerso y unidimensional de la equivalencia psíquica, en la que la mente y el mundo se confunden. Vale la pena observar cómo establecen los niños esta ecuación entre los estados internos y la realidad externa, porque con mucha frecuencia vemos variaciones sobre el tema en los pacientes adultos en estado de inmersión.

En un célebre experimento (Gopnik y Astington, 1988), a unos niños de edades comprendidas entre los tres y los seis años les mostraron un tubo de M & Ms y les preguntaron qué pensaban que contenía. Todos respondieron: «M & Ms», y presumiblemente todos quedaron decepcionados cuando les enseñaron que el tubo contenía un lápiz. Al cabo de unos instantes les pidieron que predijeran cómo respondería un amigo a la misma pregunta al ver el envase de M & Ms, y la mayoría dijo, como si fuera totalmente evidente: «Un lápiz». Lo más asombroso es que, cuando les pidieron que recordaran qué habían pensado que había en el tubo de M & Ms cuando se lo mostraron por primera vez, la mayoría ofreció la misma respuesta: «Un lápiz».

Este test de la «falsa creencia» demuestra la dificultad de los niños (sobre todo antes de los cuatro o cinco años de edad) para tener en cuenta más de una visión de la experiencia. En el lenguaje de la metacognición tienen, a lo sumo, una tenue comprensión de la diversidad representacional y el cambio. Es decir, no pueden imaginar ni que su amigo tenga una perspectiva diferente de la de ellos ni que su propia perspectiva haya podido cambiar. En este estudio, como en la vida, los niños pequeños –y los adultos inmersos en la experiencia– tienen enormes dificultades para evitar la equiparación (y a veces la anulación) del mundo interno con la realidad externa.

No obstante, la equivalencia psíquica opera en los dos sentidos. Una colega me contó que,

cuando estaba a punto de bañar a su niño de dos años, éste protestó, furioso porque lo metieran en el baño contra su voluntad. Al parecer estaba tan airado que le mordió, y luego volvió a gritar: «¡Mamá me mordió!». Aquí el mundo interno –la ira y luego el miedo– tergiversó la realidad externa hasta que confluyó con aquél.

Uno de los peligros que conlleva la equivalencia psíquica es la proyección de lo que se siente en el interior (furia, terror) sobre el exterior, creando en ese proceso la experiencia de un mundo muy peligroso. Los pacientes adultos inmersos en su experiencia, particularmente los que podríamos describir como límite, son vulnerables a este tipo de peligro. Equiparan los sentimientos con la realidad y reaccionan como si estuvieran amenazados cuando sus propios sentimientos se proyectan sobre los demás: al sentirse enfadados, por ejemplo, pero también apenados en respuesta a la falta de sintonía del terapeuta, pueden decidir que el terapeuta tiene malas intenciones y que quizá no está suficientemente preparado para ser de utilidad.

En gran medida es este tipo de peligro lo que impulsa tanto a los niños como los adultos a refugiarse en lo que Fonagy denomina el modo *de la simulación*. Cuando nos apartamos de la realidad física para morar en el ámbito de lo fingido –cuando nos perdemos en el juego o la fantasía–, *disociamos* los mundos interior y exterior en lugar de equipararlos, liberándonos así, a través de la imaginación, de la opresión de los estados mentales que nos resultan tan reales. Así como la experiencia, para niños y adultos, es simplemente lo que es en la postura inmersa de la equivalencia psíquica, y a veces de forma aterradora, la experiencia en el modo de la simulación es lo que queremos que sea.

Veámoslo con un ejemplo gráfico: El otro día, mi hijo de cuatro años me despertó para pedirme que le atara un nudo en la toalla que llevaba como una capa alrededor de los hombros. Después de hacer lo que me pedía, cometí la metedura de pata de preguntar si seguía siendo mi hijo o se había convertido en Supermán. «¡Papá!», exclamó, alargando la segunda sílaba como un claro signo de reproche. Después, mientras salía de la habitación airado, gritó: «¡Ninguna de las dos cosas! ¡Soy Batman!». Al cabo de un rato, cuando bajaba las escaleras, recogí su «capa» en el rellano. Como al parecer nunca dejo de ser psicólogo, no pude evitar preguntarle en el desayuno: «¿Ahora eres mi hijo o eres Batman?». Y con una sonrisa de oreja a oreja me respondió: «Soy Batman. *A veces me pongo un disfraz para ser Batman*».

La simbolización en el modo de la simulación representa un avance trascendental en el desarrollo más allá de la inmersión o la equivalencia psíquica. Al simbolizar, hacemos que una cosa denote (o se refiera a) otra, al tiempo que reconocemos que el símbolo y lo que simboliza son dos entidades independientes. El acto de ponerse la toalla (símbolo) que denota la capa de Batman (lo simbolizado) permitió que mi hijo «fuera» Batman sin llegar a creerse que era Batman; dicho de otro modo, es capaz de tener, en el juego simbólico, dos perspectivas de la misma experiencia y captar la distinción apariencia/realidad. En el modo de la simulación, tenemos la oportunidad de ejercer una versión rudimentaria de los tres componentes de la mentalización: podemos simbolizar, mantener múltiples perspectivas y conocer la diferencia entre la apariencia y la realidad. En cierto sentido, sólo podemos mentalizar en tanto en cuanto fingimos.

Fonagy también cuenta una anécdota sobre Batman y su hijo de cuatro años (Allen y Fonagy, 2002), cuando relata que durante un viaje al extranjero para dar una conferencia hizo lo imposible para cumplir algo que le había pedido su hijo: que le comprara un traje de Batman.

Cuando Fonagy lo trajo a casa, su hijo se lo probó y puso una cara terrible al mirarse en el espejo, antes de echarse a llorar y pedir que se llevaran el traje de inmediato. Al cabo de unos instantes, el niño cogió una falda vieja de su madre, se la puso alrededor de los hombros y fingió encantado que era Batman.

En el modo de la simulación, la experiencia puede ser lo que uno quiere que sea, pero sólo en la medida en que los lobos de la realidad se mantienen a una distancia prudencial. Cuando el hijo de Fonagy vio su imagen con el traje realista, se parecía *demasiado* a Batman y tuvo la sensación de que era Batman. El modo de la simulación –con el enorme potencial de simbolización, distinción apariencia/realidad y adopción de múltiples perspectivas, factores que infuden seguridad– se redujo a la equivalencia psíquica.

El mismo tipo de reducción se puede producir en la terapia. Recientemente, por ejemplo, a lo largo de varias sesiones tomé conciencia de que una paciente con la que había mantenido un buen vínculo de trabajo se mostraba ansiosa conmigo. Al explorar esta ansiedad me reveló que la atormentaban ciertas dudas sobre la naturaleza de mis sentimientos por ella –y de mis «límites»–, desde una sesión en la que no sólo le alabé su aspecto físico sino que le toqué el hombro cuando salía de la consulta. El episodio (tras el cual se sucedieron otros) ilustra la fragilidad de la «simulación» (protectora), el «como si» que caracteriza el vínculo terapéutico.

Ante la falta de sintonía del terapeuta y la vulnerabilidad del paciente, el «espacio de juego» de la terapia puede llegar a ser terriblemente real y, además de producirse una caída en la inmersión, puede sobrevenir la disrupción de la regulación del afecto. Porque cuando de pronto la experiencia interna no se distingue de la realidad externa (cuando, por ejemplo, se percibe que el miedo está incuestionablemente fundamentado en la realidad), podemos sentirnos abrumados, como si nos enfrentáramos en solitario a una peligrosa situación sin salida.

Los relatos de dos niños de cuatro años y un adulto de la terapia sirven para ilustrar cómo el modo de la simulación nos lleva en parte –pero sólo en parte– de la inmersión a la mentalización. Así como la equivalencia psíquica es real en exceso, la simulación no es bastante real y, como tal, resulta frágil. Sin embargo, es una parada esencial en el camino, porque el modo de la simulación nos permite el acceso real a las capacidades de mentalización que no están a nuestro alcance cuando nos hallamos inmersos en la experiencia.

Los niños obtienen un resultado mucho mejor en el test de la falsa creencia descrito anteriormente si la tarea se enmarca como simulación. En contraste con la «versión real» de la tarea que suponía un reto para las capacidades de muchos niños de cuatro años, la variante simulada era pan comido para casi todos los de tres años (Gopnik y Slaughter, 1991). Como apunta el influyente desarrollista Lev Vygotsky, «En el juego el niño siempre se eleva sobre su edad, sobre su conducta cotidiana; en el juego es como si fuera una cabeza más alto que en la realidad» (citado en Fonagy et al., 2002, p. 261). Al simular, el niño puede ejercer y fortalecer importantes habilidades de mentalización.

Lo mismo cabe decir del paciente en la psicoterapia. El terapeuta que mantiene el «marco» del tratamiento –es decir, los límites– crea un espacio de transición donde se puede desarrollar un vínculo terapéutico que es simulado a la par que real. Esta dualidad es tal vez lo que tenía en mente Freud (1914/1924b) cuando definió la transferencia como un «ámbito intermedio entre la enfermedad y la vida real» en el que podían admitirse los impulsos

disociados del paciente «como en un parque infantil» (p. 374). Puesto que aquí no hay tanto juego como en otro vínculo importante e íntimo, el paciente puede arriesgarse más, a semejanza de lo que ocurre con el niño en el juego. Los aspectos simulados de la psicoterapia –junto con el vínculo terapéutico como base segura– aportan cierto grado de libertad y seguridad con el que el paciente puede imaginar, pensar y sentir más libremente.

Pero la imaginación no nos lleva hasta la mentalización, porque el sentido asociado de la libertad y la posibilidad se evapora fácilmente, junto con la capacidad de regular los afectos, en cuanto la simulación se confronta con la realidad. Pensemos en el hijo de Fonagy y el miedo que sintió cuando se enfrentó a la imagen demasiado real de sí mismo como Batman. Pensemos en los pacientes que se irritan en un ataque narcisista cuando sus fantasías sobre sí mismos, animosas pero vulnerables, se ven cuestionadas por las realidades externas, como las reacciones ajenas que no se adecuan a sus necesidades.

Tanto en la infancia como en la psicoterapia, pasamos de la inmersión a la mentalización cuando se nos concede la oportunidad de integrar el modo de la equivalencia psíquica, «orientado a la realidad no mentalizadora» con el modo de la simulación, «conectado con la no realidad mentalizadora» (Fonagy et al., 2002, p. 266). Tal integración libera la mente de la tiranía de los hechos en bruto (incluidos, en especial, los estados mentales que se perciben como hechos) pero sin renunciar a la realidad factual.

Esta síntesis de «fundamento real» e imaginación, en la que ni se equipara la mente con el mundo ni se disocia la mente del mundo, nos permite responder a la experiencia en función del *vínculo* entre los estados internos y las realidades externas. Pensémoslo del siguiente modo: Cuando estamos inmersos en la experiencia, «sabemos» que tal experiencia es real y, por lo tanto, nos sentimos impulsados a actuar; cuando estamos simulando, sabemos que la experiencia es irreal y, por lo tanto, no se requiere ninguna acción. En cambio, cuando mentalizamos, podemos preguntarnos cuán real o irreal es nuestra percepción actual de la experiencia. Dicho de otro modo, podemos indagar cómo se relaciona nuestro estado interno con la realidad externa; y entonces, con mayor libertad e información más fiable, podemos decidir cómo (o si) conviene actuar.

Esta capacidad de análisis es consecuencia de un *círculo benigno* que conlleva experiencias de apego seguro que impulsan, a su vez, la regulación del afecto, la estimulación óptima y la mentalización (Allen y Fonagy, 2002). En este proceso sinérgico, el vínculo continuo con un cuidador receptivo y sensible (un terapeuta que sintoniza de forma empática) aporta la experiencia y, en última instancia, la expectativa de que es posible regular los afectos y mantener la estimulación dentro del «marco de tolerancia» (Siegel, 1999). El consiguiente sentido de una base segura posibilita que el niño (o el paciente) explore; que mire a la cara, la mente y el corazón del cuidador (o terapeuta) y encuentre ahí un reflejo de sí mismo como «ser intencional» cuya conducta cobra sentido a la luz de los sentimientos, deseos y creencias que son su contexto.

Cuando la conducta, sobre todo la conducta no verbal, recibe este tipo de respuesta –a la luz de los estados mentales subyacentes–, genera en el niño (o paciente) una conciencia cada vez más aguda de los múltiples niveles de la experiencia y de las múltiples perspectivas sobre la experiencia. Genera, en otras palabras, una postura mentalizadora ante la experiencia. A su vez, la capacidad de mentalizar impulsa una creciente capacidad de regular los afectos y de

experimentar el vínculo de apego como base segura. Este es el círculo benigno que posibilita el crecimiento psicológico, la integración y el surgimiento de una base segura *interiorizada*, tanto en la infancia como la psicoterapia.

Refuerzo del yo reflexivo e impulso de la integración en psicoterapia

La obra de Main sobre la metacognición y la de Fonagy sobre la mentalización sugieren que el niño necesita vínculos de apego no sólo por la protección y la seguridad sentida que aportan, sino también por el contexto intersubjetivo en el que pueden desarrollarse sus capacidades reflexivas. La primera fase de este proceso conlleva las interacciones de regulación afectiva con la figura de apego que enseña al niño a desenvolverse con los sentimientos. Como la emoción se sitúa en el núcleo del yo en desarrollo, las interacciones que regulan los afectos de manera efectiva posibilitan la integración (más que la disociación) de las múltiples experiencias emocionales del niño y, por lo tanto, su creciente sentido de un yo coherente.

A semejanza del niño en desarrollo, un paciente en el contexto eminentemente intersubjetivo de la psicoterapia tiene la oportunidad de aprender (o de que le recuerden) que es posible reconocer y compartir los sentimientos, reflexionar sobre ellos y alterarlos. En el modelo de la psicoterapia como transformación a través del vínculo, la base segura y la atención del terapeuta a la experiencia no verbal permiten que emerjan y se reconozcan los sentimientos disociados del paciente. Y una vez que emergen y se perciben, tales sentimientos negados tienen el potencial de cambiar, es decir, de ser aceptados (la ira amarga del pasado puede suavizarse y dar paso a la pena) y/o transformados (es posible aceptar y satisfacer las necesidades antaño negadas). El vínculo que crea espacio para las emociones anteriormente negadas, así como el terapeuta que contribuye a que el paciente las soporte y las comprenda, también posibilita la integración.

Ahora bien, el paciente de psicoterapia, como el niño pequeño, puede tener dificultades para conocer sus estados internos –o incluso para saber que *tiene* estados internos susceptibles de ser conocidos– hasta que los reconoce otro. Veamos cómo el otro –el progenitor o el terapeuta– propicia el conocimiento y la denominación de los estados internos no reconocidos, así como la reflexión sobre los mismos.

Me centraré primero en este proceso tal como se desarrolla en la infancia, aunque con referencias ocasionales a la psicoterapia. Después presentaré algunos materiales clínicos que ilustran cómo lo que conocemos sobre el niño en desarrollo –su necesidad del otro mentalizador para que le ayude a regular sus sentimientos, su uso del juego simbólico y el lenguaje para evolucionar desde la inmersión hasta la mentalización– puede iluminar el proceso integrador de la psicoterapia.

Como recordará, Fonagy y sus colegas observan que los bebés y los niños pequeños inicialmente aprenden a conocer sus sentimientos a través de experiencias de reflejo que son contingentes y «marcadas». Un niño angustiado, por ejemplo, puede tranquilizarse cuando su madre es capaz de devolverle un reflejo preciso de su estado interno, suficientemente diferenciado para que tal muestra de sentimiento aparezca «marcada» como respuesta al estado interno del niño, y no como expresión del estado anímico materno. Además, para que tal reflejo impulse la capacidad del niño de regular y reconocer sus afectos, debe ir acompañado

de una actitud o acción que sugiera que la angustia puede ser afrontada por el cuidador, pero también por el propio niño.

Otro episodio de mi archivo personal ilustrara cómo se desarrolla este procesoel. Cuando mi hija sólo tenía 18 meses, fui el progenitor que se despertó en plena noche al oír los gritos frenéticos de «¡Mamá! ¡Mamá!». Cuando desde la cuna me vio abrir la puerta, chilló con furia: «¡Papá malo! ¡No te quiero! ¡Que venga Mamá!». Aquél no era el recibimiento que yo esperaba a las tres de la mañana y me sentí cada vez más tenso. Elevando la voz para que me oyera, en medio de su llanto y suscritos airados, le dije que Mamá estaba durmiendo y que yo no iba a despertarla. sin embargo, junto a la cuna de mi hija, me relajé en cuanto comprendí (o, mejor dicho, sentí) la lógica irrefutable de su conducta: estaba convencida de que, si se enfadaba y gritaba lo suficiente, conseguiría que yo fuera a buscar a su madre. Me percaté de esto en un instante, pero desde la perspectiva actual veo que me permitió no sólo tranquilizarme sino también (inadvertidamente) reflejar su rabia, con una cara exagerada de «mal genio» y un gruñido simultáneo para marcar mi muestra de sentimiento como «simulación», y luego pasé del gruñido a un largo y empático «mmhhhmm», como para reflejar la decepción que subyacía a su ira. Después verbalicé el mimo para transmitirle que, claro, estaba enfadada porque quería estar con mamá y papá no iba a buscarla. Y entonces, a través de las lágrimas, intentó decir algo que inicialmente no entendí. Cuando por fin lo capté, era: «Papá, ayúdame a sentirme mejor». Tras lo cual nos dimos un abrazo emocionado y cantamos una canción, y volví a meterla en la cuna para que durmiera el resto de la noche.

Aunque no puedo entrevistar a mi hija para analizar esta interacción, quisiera creer que le ayudó a conocer sus sentimientos y a empezar a regularlos. ¿Cómo? Viéndose como yo la veía; en otras palabras, reflejándose en el espejo de mis respuestas mentalizadoras dirigidas a ella como ser intencional, cuya conducta expresaba sentimientos y deseos que eran cognoscibles, nombrables, compartibles y *modificables*.

Es importante destacar varios aspectos mutuamente reforzantes de la interacción, porque influyen directamente en nuestro trabajo con los pacientes. En primer lugar, sólo cuando logré encontrar una postura reflexiva y regular mis propios sentimientos, pude captar y reflejar lo que ella sentía. En segundo lugar, sólo cuando comprendí sus afectos a la luz de sus intenciones, pude atribuirles un sentido. Y en tercer lugar, fue precisamente esta «mentalización» de su experiencia emocional lo que me permitió controlar la mía y ser capaz de ayudarle.

Para activar un proceso similar en la psicoterapia, debemos ser capaces no sólo de responder emocionalmente al paciente sino de reflejar la emoción –la nuestra y la del paciente–, de manera que, en lugar de sentirnos atrapados por los sentimientos, intentemos aportarles un sentido. (Huelga decir que este tipo de receptividad, en ocasiones, es muy difícil de lograr, y normalmente requiere que los terapeutas tengan bastante experiencia con los pacientes).

Veremos más aspectos de la simetría entre las actividades mentalizadoras del clínico y el progenitor cuando revise lo que se sabe actualmente acerca de cómo conocen, regulan e integran sus emociones los niños. Este tipo de desarrollo sólo puede ocurrir en el contexto de un vínculo con otra persona que sintoniza adecuadamente. Hasta que los niños experimentan ese tipo de vínculo, pueden no «saber» lo que sienten, sino sólo que lo sienten (Coates, 1998).

Con el fin de convertir sus «sentimientos brutos en símbolos» (Holmes, 2001), los niños necesitan interacciones intersubjetivas y reguladoras del afecto en las que lleguen a conocerse a la vez que son conocidos por el otro. Exactamente lo mismo cabe decir de los pacientes en la psicoterapia. Tanto en el caso de los niños como en el de los pacientes, la interacción con un otro receptivo y sensible, que sintoniza adecuadamente, posibilita el desarrollo de un yo reflexivo.

La experiencia del reflejo contingente y «marcado» –así como, en general, la sintonía emocional– permite que los niños desarrollen *representaciones* de sus afectos asociándolos con las respuestas inicialmente (y ante todo) no verbales y posteriormente verbales de la figura de apego. Primero en el plano no verbal, el progenitor sintónico «nombra» los sentimientos del niño a través de las conductas corporales –expresiones faciales, tono de voz, gestos y demás– que comunican un reconocimiento empático de la experiencia interior del niño. Así, las primeras representaciones de los estados internos del niño se encuentran en el espejo de las respuestas maternas. Winnicott (1971a) probablemente tenía esto en mente cuando escribió: «¿Qué ve el bebé cuando mira la cara de la madre? Se ve a sí mismo. Porque la madre mira al bebé y su reacción depende de lo que vea en el pequeño» (p. 112).

Por supuesto, los padres también pueden recurrir al lenguaje hablado para ayudar a que los niños representen sus sentimientos. Mediante palabras como «triste» o «enfadado» para etiquetar los afectos del niño, los padres generan un léxico emocional que resulta más útil cuando el niño oye que otros lo emplean para describir los afectos (de un amigo que llora se dice que está triste) y a medida que empieza a hacer lo mismo (y observa que su comprensión de las palabras se ve corroborada o corregida). En el vínculo del paciente con el terapeuta se desarrolla una versión similar de estos procesos no verbales y verbales, lo que permite que las emociones se sientan y luego se representen de modos cada vez más matizados y precisos.

Los sentimientos (y otros estados mentales) que pueden representarse –sobre todo con palabras– se identifican, comparten, analizan y modulan con mayor facilidad. De ahí la enorme significación de los vínculos reguladores del afecto en la infancia y la psicoterapia, vínculos donde se desarrolla la capacidad de expresar los sentimientos. Como apunta Fonagy, «El lenguaje es el medio representacional por excelencia para la mentalización explícita» (Allen y Fonagy, 2002, p. 29). La emoción es el objetivo de gran parte de dicha mentalización explícita. Así pues, la conversación en la «terapia verbal» tiene el potencial de fortalecer la capacidad del paciente de regular e integrar sus emociones. (Para que se desarrolle este potencial, las emociones tienen que surgir en el aquí y el ahora del vínculo terapéutico. De otro modo la conversación es sólo palabras).

Más allá de su función en las interacciones que regulan y representan los afectos, los padres fortalecen la mentalización del niño cuando observan y comentan su juego simbólico o cuando participan en él. Aquí las respuestas verbales y no verbales del progenitor ante la experiencia «simulada» del niño aportan una perspectiva adicional –una perspectiva adulta– que enlaza el mundo interior de la imaginación con el mundo exterior y todas las restricciones y posibilidades que encierra. Asimismo, en la psicoterapia infantil, el clínico ofrece implícita o explícitamente visiones del juego infantil que reflejan y amplían la visión del propio niño.

En el tratamiento de los adultos, hacemos algo muy similar cuando ofrecemos a nuestros pacientes empatía e interpretación, en respuesta no sólo a su juego sino a su experiencia del

vínculo que compartimos. La situación de transferencia-contratransferencia siempre contiene elementos reales y «simulados» que crean espacio para una amplia gama de experiencias emocionales y estados anímicos, incluidos algunos que se han relegado defensivamente del sentido cotidiano que se forja el paciente de sí mismo. La paradoja de la simulación es que en virtud de nuestro vínculo con el paciente ser menos reales puede ser más real, más profundo, auténtico e inclusivo en el plano emocional.

Cuando contribuimos a acceder, iluminar y enlazar las diversas emociones, los estados anímicos y los niveles de experiencia del paciente (explícita e implícita, simbólica y no simbólica), fortalecemos su capacidad de mentalización y regulación del afecto. En ese proceso facilitamos la integración de las experiencias que el paciente ha sentido la necesidad de disociar o negar. Y de ese modo contribuimos a lo que se ha denominado «el pináculo de la mentalización explícita, a saber, la capacidad de atribuir sentido a los demás y a uno mismo en los términos de un relato coherente biográfico y autobiográfico» (Allen y Fonagy, 2002, p. 29).

Refuerzo del yo reflexivo: una ilustración del proceso clinico

«Rebecca» es la paciente citada anteriormente (p. 142) que se puso ansiosa cuando le alabé su aspecto físico y, después, le toqué el hombro cuando salía de la consulta. Al revisar la manera en que cada uno de los dos abordó las secuelas emocionales de aquel encuentro inquietante, espero transmitir cómo opera en la psicoterapia el círculo benigno de apego, regulación el afecto y mentalización.

Más en concreto, pretendo esclarecer cómo pienso y cómo me comporto en relación con cuatro facetas del trabajo clínico que se interrelacionan y se solapan continuamente. En primer lugar está la postura cambiante del paciente ante la experiencia, que determina, hasta cierto punto, la naturaleza de mis decisiones clínicas en cada sesión. Después está el recurso continuo y la atención al ámbito no verbal –lo evocado, enactuado y corporizado–, que saca a la luz la experiencia implícita y disociada del paciente en la inmediatez del aquí y el ahora. En tercer lugar está la explicitud de lo implícito: el reconocimiento y la denominación de la experiencia del paciente en el momento crea espacio para ella y, además, impulsa su integración preliminar. Por último, con el fin de lograr una mayor integración, intervienen mis esfuerzos de diálogo con el paciente para explicar la experiencia, es decir, para conectar sus elementos dispares de forma que se confiera a dicha experiencia un contexto significativo en términos del pasado recordado, el presente vivido y el futuro previsto. La suma de estos esfuerzos conlleva lo que el psicoanalista Roy Schafer (1992) denomina «renarrar una vida». Cuando todo va bien, este proceso genera una historia o un relato vital coherente, capaz de afianzar y profundizar el sentido de completitud del paciente y su capacidad de amar.

Acompáñeme por un instante mientras preparo la escena. Rebecca, una médico de treinta y pocos años, recurrió a la psicoterapia porque sentía una enorme inseguridad tras su divorcio. Aunque era sumamente inteligente, vivaz y atractiva, no podía imaginar que nadie se interesara por ella. Aparentaba seguridad, pero en el fondo sufría una tristeza intermitente que la abrumaba y a veces la sumía en el llanto Las emociones la confundían y a veces la engañaban. En consecuencia, tenía la sensación de que carecía de fundamentos sólidos.

Poco a poco llegó a reconocer su dificultad para experimentar el mundo desde el *interior* y para sentirse artífice de su propia vida; por el contrario, solía verse a través de los ojos de los demás y vivía en función de las expectativas y necesidades ajenas. Empezó a comprender que sus dificultades para conocer su propia mente eran fruto de su necesidad de dedicar su atención primaria, durante la infancia, a la mente de su madre.

Rebecca ansiaba profundamente el amor de esta mujer formidable y encantadora, de disponibilidad imprevisible y con una marcada tendencia a la irascibilidad, y su desaprobación le resultaba aterradora. Con el fin de adaptarse, acató la disciplina, se comportó de forma conciliadora y destacó en los aspectos que más valoraba su madre. Sin embargo, a pesar de sus logros y de su docilidad, siempre había sentido que para su madre ella era, en el mejor de los casos, un factor secundario y, en el peor, una carga.

Además de sus sentimientos de anhelo e intimidación con respecto a su madre, Rebecca se sentía desatendida por su padre, cuya atención ella creía monopolizada por su hermana mayor. Como carecía de la seguridad de un vínculo auténtico, se sentía sola y poco apoyada en su familia, insegura en cuanto a sus deseos e inhibida en la afirmación de sus necesidades.

Téngase en cuenta que este relato surgió a lo largo de un par de años de terapia y refleja una consciencia que Rebecca no podía expresar cuando comenzó nuestro vínculo. Este vínculo y la comprensión que lo impulsó paulatinamente le ayudó a conocer sus necesidades y a afirmarlas, como si sintiera que, tal vez, ahora podía reclamar para sí el derecho de una vida propia.

Tras varios años de tratamiento, Rebecca volvió a casarse, esta vez muy contenta, con un hombre que, según ella, la quería y la apoyaba de manera incondicional. Sin embargo, había empezado a atormentarle la dimensión sexual de su relación. En concreto, le desconcertaba que siempre era él quien daba el paso, mientras que ella sólo podía conectar esporádicamente con su propio deseo. Además, le inquietaba e intrigaba cada vez que tomaba conciencia de su alejamiento emocional después de haber experimentado un período de cercanía con su marido.

La postura cambiante hacia la experiencia

Durante muchas semanas, Rebecca no dijo nada sobre lo mucho que le afectaba mi falta de sintonía. Al parecer, estaba convencida de que no podía decir nada sobre la turbación que le producía mi conducta. Y eso a pesar de que llevábamos varios años de interacción aparentemente abierta, que podía haber creado la posibilidad de una perspectiva adicional: en concreto, la de que nuestro vínculo era un ámbito seguro donde podía contarme que se sentía insegura Rebecca se sentía a veces inmersa en su experiencia, en este caso la experiencia inquietante del vínculo entre nosotros.

En otras ocasiones, Rebecca veía que la terapia tenía un carácter parcialmente «simulado». Nuestro vínculo era, en sus palabras, «real pero también artificial». Aunque su percepción de este vínculo como una base segura era bastante real, su parte de «artificialidad» también le permitía experimentar la libertad con la que el niño mentaliza en el juego. En el ámbito seguro de la simulación, Rebecca podía dar rienda suelta a una gama más amplia de sentimientos, pensamientos e impulsos en nuestras sesiones que fuera de ellas, y era capaz de reflexionar sobre dichos estados mentales en lugar de limitarse a experimentarlos.

No obstante, el espacio psicológico seguro creado en el modo de la simulación se venía abajo cuando lo contradecía una experiencia que no se correspondía con la simulación. Mientras yo me mostraba con el atuendo del padre bondadoso, por así decirlo, la amenaza que yo representaba –la amenaza de la sexualidad o la proximidad– podía relegarse a la periferia. Pero cuando yo le alababa su aspecto físico o la tocaba, la simulación tranquilizadora daba paso a un sentido del peligro que parecía muy real.

En numerosas sesiones, Rebecca intentó restaurar y mantener la simulación de que se sentía totalmente a salvo conmigo. No obstante, como suele suceder en este tipo de interacciones, su comunicación no verbal revelaba lo que no se atrevía a comunicarme ni a reconocer plenamente ante sí misma. Esta revelación fue el primer paso para analizar conmigo el significado de lo que ocurría entre nosotros. A lo largo de varias sesiones seguidas, la postura de Rebecca ante su experiencia cambió de la inmersión a la simulación, y paulatinamente avanzó hacia la mentalización.

La vía no verbal de la experiencia implícita/disociada

La primera de aquellas sesiones empezó con un prolongado silencio interrumpido por un comentario nervioso de Rebecca, en el que declaró que no tenía nada especial de que hablar.

> Cuando le pregunto cómo se siente, responde que le resulta incómodo. «¿En qué sentido?», le pregunto. A lo cual responde: «Entonces sólo nos miramos». «¿Y qué pasa si nos miramos?». «No sé. Me siento incómoda. ¿Sabes?».
>
> A continuación me relata dos experiencias paralelas: la primera con una amiga a la que mantiene a cierta distancia, sin saber por qué, y la segunda con su marido. Acababan de regresar de un fin de semana romántico: sexo magnífico la primera noche y luego, cuando él se puso seductor a la mañana siguiente, ella lo rechazó. No sabe por qué. Podían haber reñido entonces, pero lo evitaron y el resto del fin de semana fue bien, aunque dice que no puede dejar de despotricar porque no hicieron nada más que estar tumbados, ver vídeos, salir a comer y hacer el amor. Al oír esto, yo pongo una cara que le transmite algo como: «¡Mmm, no está mal!». Entonces fija en mí la mirada y dice: «Tú y mi amiga tenéis la misma opinión sobre este tipo de cosas. No sé qué me pasa, porque yo no puedo apreciarlo. ¿Sabes?».
>
> Y entonces se produce otro silencio.

Al prestar atención a la música más que a las palabras –es decir, a la dimensión no verbal de nuestra interacción–, soy consciente de de que me invade un temblor de ansiedad que refleja la suya. También siento cierta irritación al advertir (no por primera vez) su repetición de la frase «¿Sabes?» pronunciada deliberadamente y con un ceño socarrón. También he percibido otro tipo de «sabes» que jalona su discurso como un tic nervioso en las últimas semanas, algo que revela tal vez su incomodidad. Pero el «¿Sabes?» más marcado conlleva la implicación de que el terapeuta no sabe, no entiende, y tal vez no cabe esperar que le ayude tanto como antes. Entonces cuaja en mi mente el reconocimiento de que el vínculo en las últimas semanas (¿o tal vez desde hace más tiempo?) es vagamente incómodo y superficial, incoherente con la apertura y la profundidad que suelo asociar con nuestras interacciones. Suponiendo que mi experiencia se asemeja a la suya y con la esperanza de acceder, más allá de las palabras, al nivel implícito, todavía no verbalizado, de la interacción actual, pregunto en voz alta cómo se siente ahora, en el silencio.

> Me dice que se siente incómoda, al igual que antes, y que en nuestra mirada en silencio hay algo que le infunde ansiedad. Intento expresar que seguramente se siente incómoda desde hace algún tiempo, no sólo en esta sesión, sino desde hace varias semanas o tal vez más.

Medio suspira, medio gime, a modo de respuesta, y aparta la mirada. Le pregunto: «¿Qué es ese suspiro, o es un gemido?». Dice que cree saber lo que ha ocurrido, pero no está segura de si puede hablar de ello. Después de decirle en un tono más suave: «Entiendo lo difícil que es esto para ti», le pregunto si sabe qué le impide contarme eso que tanto la tormenta.

Lo que surge entonces es su preocupación de que pueda hacerme daño si me lo cuenta, aunque cree que probablemente habré oído este tipo de cosas anteriormente. Al final me habla de la «confusión y el malestar» que sintió un mes antes, cuando la piropeé y le toque el hombro. Hasta ese momento, en todo el tiempo que llevaba trabajando con ella, me dice, nunca la había tocado. Ycuando lo hice, de repente puse en tela de juicio todo nuestro vínculo. Al decir esto, se le humedecen los ojos.

La atención a las señales no verbales (o paraverbales) durante la sesión –mi ansiedad e irritación, mi percepción de la superficialidad de las sesiones anteriores, el «¿Sabes?» repetido de Rebecca, acompañado del lenguaje corporal y del suspiro– fue una vía de acceso a la experiencia vital e inquietante, implícita y tal vez disociada. Todas mis intervenciones posteriores se orientaron a la creación del máximo espacio posible para esa experiencia. De ese modo, comuniqué implícita y explícitamente que su experiencia era una prioridad para mí. Este interés y la apertura sincera a sus emociones y pensamientos, a su ira y su suspicacia, le infundieron seguridad para ahondar más en la experiencia.

Explicitar lo implícito

El surgimiento de la experiencia implícita en la psicoterapia es crucial para acomodar lo que nuestros pacientes se han visto obligados a excluir de su vínculo, de su sentido de sí mismos, o de ambas cosas. A veces el acceso a tal experiencia negada o disociada no sólo es necesario sino suficiente en sí para inducir el cambio terapéutico. Más a menudo, sospecho, es también necesario explicar lo implícito plasmando en palabras la experiencia.

Al recordar vagamente el momento que había desestabilizado a Rebecca, podría haber revelado mi impresión de que, por aquel entonces, seguramente me sentía cercano a ella y preocupado por su bienestar, y de que mi gesto y mi halago anterior probablemente obedecían a mi deseo (inconsciente) de transmitirle de forma activa que estaba de su parte. Sin embargo, sentí que tal revelación habría sido una incursión prematura en su experiencia. De modo que, con el fin de crear espacio para esa experiencia y de tranquilizarla (y así protegernos a los dos de sus miedos sobre mí), opto por comunicarle que me alivia hablar ahora de algo que le ha inquietado y le ha costado tanto compartir conmigo. También le digo que una de las señales de su angustia fue el uso repetido del «sabes» que anteriormente no formaba parte de sus hábitos lingüísticos, al menos por lo que yo he podido percibir, y que no he vuelto a oírle decir «sabes» desde que me contó lo que le había me importunado.

Al oír estas palabras, Rebecca se echa a llorar. Cuando se calma, le pido que me cuente por qué ha llorado. Me dice que es tristeza: tristeza porque tiene que ser retraída, porque necesita que las cosas no sean tan íntimas aquí y porque, a medida que hablamos, siente una mayor intimidad conmigo, cosa que la tormenta: –Tengo que mantener compartimentada la terapia. Tengo que guardar las distancias contigo. Sé que la terapia es artificial, que no es real. Es y no es. Pero con tus halagos y con el contacto físico, la sentí como algo real y confuso.

–Yeso te incomodó enormemente.

–Sí. No sabía si íbamos a poder continuar. Es como si de repente no supiera cuáles eran tus intenciones, o qué tipo de relación teníamos en realidad.

–Ypara empeorar aún más las cosas, creo, no te sentías segura para hablar de lo que yo había hecho y de cómo te había afectado.

Aquí se hace referencia a su experiencia implícita de sentirse amenazada y desconfiada en relación conmigo. Sus dificultades para ser explícita –incluso ahora– sobre el peligro específico que yo representaba es un indicio de la sensación de peligro que tenía. Hasta la

sesión siguiente no pudimos expresar con palabras este peligro y cómo tenía que abordarlo.

Rebecca empieza la hora con una especie de broma: «¿Estamos bien ahora el uno con el otro?», pregunta que formula con la cabeza inclinada y un movimiento de vaivén con las manos a la altura del pecho, con las palmas hacia dentro. Me río con ella, pero luego sugiero que el humor probablemente refleja su sentido de que la conversación que iniciamos en la sesión anterior está inconclusa. Me dice que le resultó y le resulta todavía muy inquietante hablar de un modo que puede inducirme a pensar que cuestiona mi integridad.

–¿Entonces para ti decirme que yo estaba siendo seductor era cuestionar mi integridad? –le pregunto.

–Algo así. ¿Cómo podía decir que estabas seduciéndome sin poner en tela de juicio tu integridad? Y no sabía si era así exactamente. Tuve esa sensación, pero no estaba segura. Vamos, en cierto nivel sabía que no era el caso, me has ayudado en un millón de cosas y nunca me has dado motivos para dudar de tu interés por mi bienestar. Pero nunca me habías tocado, así que [...] intenté fingir que no había pasado nada y que me daba igual.

–Pero claro, no te daba igual, porque no estabas segura de si ibas a poder continuar conmigo. Y no podías decir nada al respecto.

Los niveles más profundos de la desconfianza y el miedo implícitos de Rebecca empiezan a explicitarse: primero, la sospecha de que mi halago y mi contacto físico acaso tenían una finalidad interesada; y segundo, la duda de que yo pudiera oír su suspicacia sin ponerme a la defensiva.

Le digo que hay algo que no entiendo totalmente: «Si hubieras sido capaz de decir que te preocupaba que yo estuviera seduciéndote, y yo realmente hubiera querido seducirte, ¿no habría sido un modo de protegerte y no de cuestionar mi integridad? Sería como si me hubieras pillado con las manos en la masa». «Claro –responde–. Pero eso sería suponiendo que tú fueras sincero». un poco desprevenido ante la magnitud de su desconfianza, le digo: «Y ésa parece una presuposición demasiado dura por tu parte. [...] Supongo que estamos viendo lo difícil que te resulta confiar en mí».

Un poco después, explícito parte de mi propia experiencia cuando le pregunto por qué me empeño en analizar todo esto: ¿Es porque creo que aquí hay algo valioso que se puede explotar, o algo que ella puede aprender? ¿O es porque me preocupa haber hecho algo malo y quiero explicarlo?

Empiezo diciendo que creo que es muy importante lo que estamos explorando juntos. Luego añado que estoy siempre más que abierto a aprender de lo que sucede entre nosotros. Sin embargo, casi en el medio de la frase tengo la sensación de que mis palabras suenan artificiales o poco auténticas y no encajan con lo que pide el momento.

Así que adopto un enfoque más «sincero»: «Tengo claro que haría autocrítica si sintiera que lo que ha ocurrido aquí ha dañado nuestro vínculo de un modo irremediable o si sintiera que he dado rienda suelta a algún impulso inconsciente y destructivo. Pero lo cierto es que no es así. En este momento no recuerdo en detalle de lo que ocurrió, pero sé que me sentí cercano a ti hacia el final de la sesión y, como estabas pasando por momentos difíciles, sospecho que intenté, con mucha torpeza por lo que se ve, pero intenté, en cualquier caso, comunicarte que estaba contigo».

Rebecca replica que es un gran alivio oírme decir esto. «¿En qué sentido», le pregunto. «Me deja más margen para pensar en lo que ha pasado aquí por mi parte». Guarda silencio unos instantes y luego me pregunta, en un tono de angustia y súplica: «¿Por qué me resultaba todo esto tan amenazador?». Y luego intenta responder su propia pregunta.

La respuesta de Rebecca es coherente con mi idea de que la autorrevelación deliberada del terapeuta puede contribuir, en ocasiones, a que el paciente se sienta menos inmerso en su propia realidad emocional. Al expresar un punto de vista diferente, el terapeuta tal vez invita al paciente a sopesar más de una perspectiva sobre su experiencia, un rasgo característico de la mentalización.

Aparte de la conducta no verbal que señala la sintonía y el eco indispensables, los pacientes como Rebecca, con el fin de sentir que estamos con ellos y que los comprendemos, casi siempre necesitan respuestas contingentes que se transmiten con el lenguaje hablado. Cuando

los pacientes son capaces de leer nuestra mente tanto en las palabras como en los gestos que adoptamos, experimentan su vínculo con nosotros como algo que da cabida a todo aquello que antes tenían necesidad de disociar.

Cuando empleamos el lenguaje para nombrar lo no identificado, ayudamos a los pacientes a soportar y comunicar sus sentimientos y pensamientos insoportables. Esta regulación interactiva de la angustia de los pacientes refuerza su tolerancia afectiva y su experiencia del vínculo terapéutico como base segura. Como veremos, tal regulación interactiva promueve también la mentalización.

Dar sentido a la experiencia: interpretación, mentalización y narrativa

Aunque la realidad de la labor clínica raras veces es óptima, quiero bosquejar con fines ilustrativos una modalidad terapéutica óptima del proceso que he descrito. Después de crear una base segura y un espacio de transición en el que el paciente puede tener con nosotros experiencias que no se perciben como «sólo transferencia» ni como únicamente «reales» –Freud (1914/1924b) lo denominaba «ámbito intermedio» (p. 374)–, leemos las señales no verbales, en nuestro interior y en el paciente, con el fin de acceder a la experiencia implícita del paciente en el aquí y el ahora. (Parafraseando a Damasio, ayudamos al paciente a conectar con el *sentimiento* de lo que sucede, con las dimensiones emocionales y corporales de esa experiencia). Después de captar el lado perceptible del modelo funcional interno o la narrativa implícita del paciente, intentamos explicitar lo implícito. Sólo entonces intentamos reflexionar con el paciente sobre dicha experiencia con el fin de esclarecerla.

La secuencia teórica que he bosquejado posibilita un proceso a través del cual la experiencia que antes *sólo* se sentía –o ni siquiera se sentía– puede vivirse en el marco de un vínculo en el que dicha experiencia se comprende y recibe un nuevo contexto. La experiencia implícita e implícita que se comparte a salvo se transforma. Es una redescripción representacional (Karmiloff-Smith, 1992), por la cual se altera el pasado funcional e influyente (aunque no, por supuesto, el pasado histórico), abriendo el acceso a nuevas posibilidades en el presente (Stern, 2004). Nuestro objetivo último es capacitar a los pacientes para que generen un relato coherente de su vida que refleje su experiencia de un yo coherente. Ése era mi objetivo con Rebecca y la interpretación era un factor importante para llevar a cabo dicho objetivo.

Cuando Rebecca me preguntó en tono quejumbroso por qué mi contacto físico le había hecho sentir tan amenazada, ya no estaba inmersa en la experiencia ni emprendía una fingida exploración disociada de la realidad: «Sé que me gusta que los hombres se sientan atraídos por mí, pero es como si quisiera que sólo me vieran y no me tocaran. No quiero que nadie se acerque tanto. Así que, cuando alguien intenta seducirme, pierde para mí todo el interés. Supongo que me refiero al pasado, pero aún ahora con mi marido de repente me retraigo. ¿Te ha pasado a ti algo así? Seguramente esto formaba parte de ese mecanismo, ese retraimiento automático cuando alguien intenta seducirme. Pero parece que aquí hay algo que se me escapa, algo que no acabo de captar.

A lo cual respondo con la siguiente interpretación: «Creo que sé lo que es ese algo. Sospecho que cuando te halagué o cuando te toqué el hombro y te sentiste incómoda, no sabías por qué. Te lo explicaste razonando que yo estaba siendo seductor, no que me sentía cercano a ti o te apoyaba. Y la idea de que yo intentaba seducirte anulaba toda sensación de proximidad entre nosotros, proximidad que creo que valoras y temes a la vez».

Ella dice: «Creo que es cierto, me parece que es así», y cita algunos ejemplos de retraimiento cuando capta señales de que alguien tiene interés en acercarse a ella, ya sea una amiga cercana o su marido. Le intriga ese tipo de respuestas, aunque dice que al crecer se acostumbró a estar bien a solas. Aquí vuelve a ponerse triste y, cuando le pregunto qué le pasa por dentro, dice que acaba de tener la imagen conmovedora de que es un boxeador que nos tiene a mí y a su marido y a su amiga «acorralados, a su lado».

En la siguiente y última sesión a que me refiero, Rebecca dice que la última charla le abrió el corazón, pero que no se ha mantenido abierto. Estaba haciendo el amor con su marido durante el fin de semana, sintiendo una extraordinaria intimidad, como si estuvieran a punto de recomprometerse. Y de pronto: «me apagué, me cerré y me sequé». Sintió que lo hacía casi de forma deliberada. Varios días después se sentía molesta y le dijo que quería estar sola en el sofá leyendo, como modo de prevenir lo que imaginaba como un acercamiento sexual por parte de su marido.

Una parte de ella, dice, quiere confiar y estar cerca de él y sentirse reconfortada, pero hay otra parte que no le deja: «Es como si hubiera una niña dentro de mí que está enfadada y herida y resentida y sólo quiere estar sola. De hecho he llegado a plantearme la posibilidad de separarme de mi marido y vivir sola y hacer lo que me apetezca, sin tener que preguntarle a nadie si este cuadro o este tapiz queda bien o no encima de la chimenea. Esa niña está muy enfadada. Es como si hubiera en mí una parte que quisiera abrirse y ella no me dejara».

Yo le digo: «Entiendo que esa niña esté enfadada, al sentir que no puede hacer lo que quiere salvo si está sola. Y es eso lo que creo que sientes gran parte del tiempo. Evidentemente, ella es una parte muy importante de ti». Con una voz llorosa –triste, pero también nostálgica– Rebecca dice: «Ha sido muy buena amiga mía durante mucho tiempo».

Y aquí viene la interpretación de Rebecca. Dice: «Es como si siempre hubiera estado ahí, casi como el guardián de mis verdaderos sentimientos, todo el dolor y la ira y todos los deseos que debía fingir que tenía, porque no había nadie en mi familia con quien compartirlos. Pero ella se los guardaba».

«¿Y no hay nadie todavía con quien compartirlos?».

«Sé que ahora no tengo que estar sola, pero es como si no me lo creyera. O como si no quisiera. Quiero decir: es como si me aferrara a mi desconfianza, a la idea de que tú intentas seducirme o de que mi marido sólo se interesa por mí en el plano sexual. En cierto nivel, sé que todo esto no es cierto. Tengo el amor y el apoyo que siempre he deseado, pero por algún motivo me resulta casi más duro que no tenerlos. Así que siento envidia de otras personas a pesar de que tengo todo lo que les envidio. Dios, es una locura, y es muy triste».

Contribuir a que los pacientes cambien de actitud con respecto a su propia experiencia subjetiva depende, en parte, de nuestra propia mentalización explícita (es decir, de la interpretación) que establece conexiones entre los diversos elementos de dicha experiencia. Tales conexiones son esenciales para la integración de los estados anímicos disociados; en el caso de Rebecca, un estado de confianza supercrédula, por una parte, y de desconfianza obcecada, por otra. Sin esta integración, no pueden tener coherencia ni el sentido del yo ni el relato autobiográfico del paciente.

El relato de Rebecca conllevaba el conocimiento implícito de que la autonomía y la intimidad eran mutuamente excluyentes. En una parte de este relato, Rebecca no tenía voz –ni voluntad independiente– si se permitía estar cerca de alguien que le importaba; de ahí su silencio ante mi contacto físico y su dificultad de rechazar las insinuaciones de su marido. En otro plano de este relato, podía confiar en que los demás fueran receptivos y le apoyaran, pero esa visión tenía un carácter simulado que la hacía muy inestable. Como el relato es autocontradictorio, Rebecca se sentía a menudo confusa y sin voz.

Nuestro trabajo juntos posibilitó el acceso a sus estados anímicos contradictorios y ella empezara a reflexionar sobre el vínculo entre ellos. También observamos que el relato incoherente de Rebecca no representaba las posibilidades a su alcance en el presente; más en concreto, al ensimismarse excluía la proximidad *y* la obtención de que lo necesitaba. El hecho de que Rebecca pudiera experimentar ahora, *en un único estado anímico*, tanto el deseo como la desconfianza, y reflexionar sobre ambos, me indicó que la integración estaba en camino.

El tipo de proceso relacional, emocional e interpretativo que he bosquejado no sólo contribuye a la integración de los estados anímicos disociados, sino que tiende puentes entre el sentimiento y el pensamiento, la memoria implícita y explícita, y (en el cerebro) los

hemisferios derecho e izquierdo, así como las funciones «superiores» del córtex y las «inferiores» del sistema límbico y el tronco encefálico. Estos tipos de integración son, en psicoterapia, el fruto del círculo benigno de la regulación del afecto, el apego y la mentalización, que impulsa, a su vez, una mayor coherencia en el sentido del yo y el relato autobiográfico de nuestros pacientes.

Lo que resulta más terapéutico no es una comprensión *determinada*, sino la experiencia de un vínculo en el que el paciente se siente comprendido e inducido a comprenderse. Así pues, lo que esperamos inculcar en nuestros pacientes es la conciencia de que la introspeccción es posible, en lugar de una introspeccción determinada. A través de nuestra mentalización implícita y explícita cultivamos en el paciente las capacidades gemelas de introspeccción y empatía, capacidades que, en conjunto, son más o menos el equivalente de la mentalización.

La mentalización y la atención plena

Fonagy describió inicialmente el yo reflexivo como «el observador interno de la vida mental» (Fonagy et al., 1991b, p. 201). Sin tal observador interno, estamos inmersos en experiencias subjetivas que confundimos con las realidades objetivas. Incapaces de reflexionar sobre la diferencia entre los sentimientos y los hechos, no vemos los modos en que habitualmente construimos e interpretamos la «realidad» de nuestra propia experiencia.

En torno a estos dos asuntos –la importancia del observador interno y el carácter subjetivo, más que objetivo, de los estados mentales–, una postura mentalizadora puede solaparse con la atención plena.3 Ambas convergen al facilitar el reconocimiento de que nuestra experiencia subjetiva es, en gran medida, un constructo psicológico, y de que gran parte del sufrimiento psicológico puede, por lo tanto, considerarse (inconscientemente) autogenerado. Ambas tienen el potencial de sacarnos de la inmersión en la experiencia y del carácter de receptividad automática que aquélla impone.

Sin embargo, la mentalización y la atención plena no son lo mismo. Cada una se asocia a un tipo de actividad mental diferente y hace distintas aportaciones a la psicoterapia. La mentalización se ha comparado con el uso de un telescopio, que afina nuestra visión de la experiencia «lejana» acercando el pasado o lo inconsciente. La atención plena, en cambio, se ha comparado con el uso de un microscopio, pues nos aporta una visión detallada de la experiencia inmediata que no se aprecia a simple vista (Rubin, 1996). Así como la mentalización puede aportar una vía fundamental para el establecimiento de un yo coherente, la atención plena es la clave para la trascendencia del yo. En efecto, la atención plena es el eje de una tradición budista de 2.500 años en la que el objetivo es deshacer el sufrimiento autoimpuesto al aferrarse a las imágenes ilusorias del yo.

La atención plena en la psicoterapia

> *[...] [...] en los tratamientos más psicodinámicos se hace hincapié en el significado, dejando atrás el momento presente.*
>
> Peter Hobson (2004, p. 140)

El desarrollista de Harvard Robert Kegan describe la «mente socializada», la «mente autocreativa» y la «mente autotransformadora» como formas de la conciencia asociadas con

niveles sucesivamente más elevados de maduración psicológica (Kegan, 2000). Las categorías de Kegan trazan una progresión paralela a la va de la inmersión a la mentalización a la atención plena.

La mentalización nos ayuda a liberarnos de las restricciones del pasado familiar y cultural tal como se representa en la «mente socializada». A través de la comprensión implícita y la reflexión explícita, la mentalización nos permite dar un paso atrás desde la experiencia y las representaciones, con el fin de explicarlas y ser así, cada vez más, los autores e intérpretes de nuestra propia vida.

En lugar de esclarecer los *contenidos* de nuestra experiencia, la atención plena dirige nuestra consciencia receptiva al proceso de la experimentación, paso a paso. Con el tiempo, dicha atención puede inducir una «revolución copernicana» en la que se transforma la mente que media en nuestra experiencia del mundo (Engler, 2003).

Los autores de un libro reciente sobre la atención plena y la psicoterapia (Germer et al., 2005) describen la consciencia plena como:

- *No conceptual*. La atención plena es consciencia sin absorción en nuestros procesos cognitivos.
- *Centrada en el presente*. La atención plena siempre está en el momento presente. Los pensamientos sobre nuestra experiencia distan un paso del momento presente.
- *No sentenciosa*. La consciencia no puede ocurrir libremente si queremos que nuestra experiencia sea distinta de como es.
- *Intencional*. La atención plena siempre incluye una intención de dirigir la atención hacia alguna parte. Orientar la atención hacia el presente aporta a la atención plena cierta continuidad a lo largo del tiempo.
- *Observación participante*. La atención plena no consiste en presenciar de forma desapegada, sino en experimentar la mente y el cuerpo de forma más íntima.
- *No verbal*. La experiencia de la atención plena no puede plasmarse en palabras, porque la consciencia ocurre antes de que surjan en la mente las palabras.
- *Exploratoria*. La consciencia plena siempre investiga niveles más sutiles de la percepción.
- *Liberadora*. Cada momento de la consciencia plena nos libera del sufrimiento condicionado (p. 9).

Aunque los momentos de atención plena surgen de forma esporádica en la experiencia cotidiana, la práctica de la atención plena conlleva el esfuerzo continuo –tanto en la vida cotidiana como en la meditación– por recordar para centrar la atención en el presente, con todas las características de la consciencia arriba mencionadas. El resultado de esta práctica, como explicaré en breve, es el desarrollo de un yo atento, capaz de reforzar, en diversos aspectos, el sentido tranquilizador de una base segura interiorizada.

El despertar del yo atento

La atención plena y la meditación, como la psicoterapia en sí, sólo se conocen a través de la experimentación. Los cognitivo-conductistas Segal et al. (2002) afirman que, para investigar y

utilizar con fines terapéuticos las prácticas de la atención plena, tuvieron que practicarla personalmente. Como ya señalé en el capítulo inicial de este libro, mi propia consciencia experimental de la importancia de la postura atenta surgió inicialmente no a través de la meditación sino mediante la reflexión sobre la naturaleza del yo reflexivo.

Mientras me planteaba lo que parecía la cuestión lógica –«¿Quién hace aquí la reflexión?»–, tuve la repentina, persuasiva y un tanto vertiginosa sensación de que mi yo, tal como lo conocía, había implosionado. Lo que quedaba (la respuesta a mi pregunta, supongo) no era un «yo» en sí sino sólo consciencia. En lugar de mi experiencia habitual del yo –saturada de mi historia e identidad, y que ocupaba gran parte del espacio psicológico–, había algo que se percibía como un único punto de la conciencia que no ocupaba ningún espacio. Durante un par de semanas, fui capaz de reconectar con este sentido del yo –o del «no yo»– recién descubierto. Entonces experimentaba sentimientos el bienestar y gratitud, así como una mayor capacidad de estar presente. También experimentaba una postura menos defensiva, una mayor capacidad de empatía y aceptación, y una intensa sensación de conexión con los demás a partir de lo que sentía como nuestra capacidad común de consciencia, o de sufrimiento.

Para mi sorpresa y consternación, al final observé que ya no podía conectar con el estado anímico que antes parecía tan accesible. Al comentar esto con mis amigos y colegas, comprendí que la meditación ejerce el «músculo» asociado con ese estado anímico especialmente atento.

Por supuesto, la meditación puede adoptar múltiples formas. A grandes rasgos, cabe distinguir dos enfoques fundamentales: la meditación de concentración y la meditación de atención plena o introspectiva. Germer (2005) compara el foco de la atención en el primer caso con un rayo láser y en el segundo con un reflector. La concentración es una práctica que focaliza la mente en un objeto de consciencia (generalmente la respiración), mientras que la atención plena es un foco abierto e imparcial sobre lo que predomina en nuestra consciencia en cada momento. Se dice que la concentración fomenta la calma, mientras que los beneficios de la meditación de atención plena abarcan no sólo la autocomprensión sino el conocimiento acerca de la naturaleza de la mente en sí (Germer et al., 2005).

La incorporación de estos dos enfoques, cuya práctica adopté, es la misma que se ha utilizado en diversas psicoterapias, como la reducción del estrés basada en la atención plena (Kabat-Zinn, 1990) y la terapia cognitiva para la depresión basada en la atención plena (Segal et al., 2002).4 Esta práctica, que normalmente desarrollamos sentados con los ojos cerrados, conlleva incontables repeticiones de la misma secuencia que empieza con la *localización* de nuestra consciencia, centrando la atención en las sucesivas inhalaciones y exhalaciones de la respiración. Después observamos los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, así como las impresiones sensoriales que surgen de forma espontánea y «se apropian de» nuestra atención hasta el punto de que se pierde por unos instantes la condciencia del momento presente. Por último, al observar que hemos «desaparecido» en un pensamiento, sentimiento o sensación absorbente, nuestra tarea consiste en *etiquetar* la experiencia en la que nos hemos sumido, antes de *centrarnos de nuevo* en la respiración y en la consciencia (Germer, 2005).

En el nivel más sencillo, el objetivo de este tipo de medicación es el de familiarizarnos con lo que significa localizar voluntariamente la atención y dirigirla a nuestra experiencia del

momento presente, refrenando deliberadamente la tendencia a caracterizar o juzgar lo que experimentamos. La reiterada focalización en la experiencia presente con aceptación incondicional –y las sucesivas pérdidas y recuperaciones del foco– es una práctica que tiene múltiples efectos saludables.

A semejanza de la base segura fundamentada en un vínculo de apego seguro, la base segura interna que se nutre de la atención plena puede estabilizarnos en las experiencias difíciles. ¿Pero cómo ocurre este proceso? Pensemos que una postura atenta es «*acogedora* y *permisiva*. [...] Fomenta la "apertura" a lo difícil y la adopción de una actitud de delicadeza ante toda la experiencia» (Segal et al., 2002, p. 58). Cuanto más accedemos a tal postura, más fácil resulta localizar un lugar tranquilo interior –«el punto estático del mundo que gira» (Eliot, 1943/1991b, p. 180)–, porque hemos llegado a conocer un lugar de aceptación tranquila. El fundamento de tal aceptación es la autocompasión que surge al abrirnos a nuestra propia experiencia dolorosa: «La atención plena ofrece un modo de cambiar nuestro vínculo con el sufrimiento, renunciando a la necesidad de rechazarlo. Es un acto de amabilidad con uno mismo» (Fulton, 2005, p. 63).

Además, las experiencias de atención plena impulsan una creciente identificación con la consciencia en sí, más que con los estados cambiantes del yo (positivos o negativos) de los que tomamos conciencia. Cuanto más nos identificamos con la consciencia, mayor es nuestro sentido de libertad interna y seguridad. Porque, así como la base segura original dependía de nuestra certeza acerca de la disponibilidad de un otro protector, la base segura interiorizada de la atención plena radica, en parte, en el sentido de que no existe necesidad de protección. La identificación con la consciencia elimina (más o menos) la necesidad sentida de protegernos reteniendo o eludiendo los estados transitorios del yo, que son meramente eso, no verdaderos refugios a los que haya que aferrarse ni peligros que convenga evitar.

La práctica de la atención plena aporta también una formación experimental en la diferencia entre estar presentes con consciencia y simplemente estar en el escenario. Refuerza el sentido de que la atención es una facultad que depende de nosotros. Cuando recordamos la necesidad de estar presentes, y observamos que no lo estamos, podemos optar por redirigir la atención al aquí y el ahora. Paulatinamente tales actos de «agencia atencional» potencian nuestra capacidad de estar plenamente presentes, lo que significa vivir cada vez más como si cada momento fuera el último. La práctica de la atención plena refuerza también nuestro sentidos de un «observador interno» que puede ser consciente de que tiene pensamientos, sentimientos y sensaciones, sin identificarse totalmente con ellos. Dicho de otro modo, la atención plena contribuye a «salir de la inmersión» (Safran y Muran, 2000). Todos estos efectos tienen especial relevancia para los terapeutas y sus pacientes.

Como terapeutas, podemos cultivar nuestra propia capacidad de adoptar una postura atenta, bien a través de la meditación o bien, de manera más informal, mediante el esfuerzo deliberado de «despertar» y dirigir la atención a la experiencia del aquí y el ahora, con una actitud de aceptación. En términos generales, si somos capaces de movilizar tal postura mientras estamos con los pacientes, aumenta la probabilidad de que estemos plenamente presentes, en parte porque nos «ablandamos en» la experiencia, en lugar de resistirnos a ella. Más en concreto, una postura atenta puede reforzar nuestras capacidades de adoptar la tolerancia, la empatía y la «atención neutra flotante».

También podemos utilizar dicha postura para informar, iluminar y potenciar determinados aspectos de nuestra labor por los pacientes. Desde esta perspectiva, la psicoterapia puede entenderse como una especie de meditación para dos, en la que nuestra tarea consiste en ayudar al paciente a que sea capaz de estar atento a la experiencia a cada instante, sin juzgarla. Lo que nos encontramos aquí a menudo son las dificultades del paciente (y las nuestras) para estar presentes, conscientes, y/o para aceptar. Son estas dificultades lo que constituye el foco de nuestra atención comprensiva. La sucesiva pérdida y recuperación de este tipo de atención plena puede entenderse como la práctica meditativa de la psicoterapia.

Por último, podemos introducir la meditación con aquellos pacientes a quienes les resulta más útil. Por lo general, según mi experiencia, se trata de aquellos pacientes que necesitan ayuda para regular sus afectos y/o tienen dificultades para estar presentes de un modo pleno o integrado. Aunque he enseñado los rudimentos de la práctica de la atención plena a algunos pacientes, la mayoría de aquellos a los que he recomendado la meditación han optado por buscar el apoyo de una clase. (Téngase en cuenta que en el capítulo 17 describiremos en detalle cómo se puede utilizar la atención plena en el contexto del tratamiento).

La acción terapéutica de la atención plena

Práctica de la atención plena potencia la regulación del afecto, factor que, a su vez, actúa con fines terapéuticos en un círculo benigno con la mentalización y el apego. Al igual que el vínculo de apego seguro, la atención plena puede atenuar la reactividad aguda de la amígdala y del sistema nervioso simpático que marca los procesos emocionales de los individuos de apego inseguro, sobre todo aquellos que pueden describirse como preocupados o irresolutos.

Tal como he señalado, se ha demostrado empíricamente que la meditación disminuye los índices fisiológicos de excitación estresante. Sospecho que este hallazgo guarda relación con el efecto tranquilizante de la concentración en el cuerpo que respira, así como con la creciente confianza del meditador en su capacidad de encauzar voluntariamente la atención. Con un sentido reforzado del yo como agente o iniciador de la atención, nos sentimos menos impulsados a resistirnos o a entregarnos automáticamente a los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales inquietantes. Podemos ser capaces de *convivir* con ellos, en lugar de expulsarlos (estilo elusivo/negador) o enmarañarnos en ellos (estilo ansioso/preocupado). Además, la práctica de etiquetar los acontecimientos mentales que experimentamos (ya sea en la meditación o en la vida cotidiana) puede disminuir su impacto emocional, tal vez recurriendo a los recursos corticales del cerebro para modular las respuestas emocionales subcorticales (véase Hariri et al., 2000; Hariri et al., 2003). Al observar y nombrar reiteradamente nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones –y al prestar atención a la respiración y a la consciencia durante la meditación– reforzamos la capacidad de «desidentificarnos» de los estados emocionales inquietantes. Tal desidentificación amplía el espacio mental en el que los pacientes y sus terapeutas pueden afanarse en comprender tales estados emocionales, en lugar de resistirse o sucumbir a ellos.

La meditación puede ser también un valioso instrumento psicoterapéutico con algunos pacientes que podrían caracterizarse como negadores. Estos pacientes, que suelen alejarse de sus sentimientos, tienen dificultades para participar plenamente en su propia experiencia. Viven como alejados, no sólo de las personas que les importan sino también de sí mismos. La

meditación centrada en la respiración puede arraigar a dichos pacientes en el cuerpo –la sede de las emociones– y generar un creciente sentido de lo que significa estar presentes. Me refiero a un paciente de mente muy analítica cuya experiencia hemos plasmado en la metáfora de lo «flotante»: se siente como si flotara permanentemente sobre su vida, sin aterrizar nunca en su cuerpo ni en sus vínculos. La meditación durante los cinco o diez primeros minutos de cada sesión le ayudaba a hacer aterrizar en su propia terapia.

Como en la psicoterapia, la práctica de la atención plena dentro o fuera del contexto clínico es un modo de conocer nuestra propia mente. Veamos cómo describe Jack Engler (2003) el proceso meditativo:

> La atención al flujo de los acontecimientos psicológicos con un mínimo de reactividad, entrenada a cada instante, activará una desautomatización de las operaciones psicológicas que registran, seleccionan, organizan e interpretan los estímulos preceptivos y conceptuales, devolviéndoles la consciencia. Cuando esto ocurre, las funciones psicológicas que antes se regulaban de manera automática, sin consciencia y control, pasan a ser accesibles para la consciencia (p. 68).

El proceso que describe Engler ocurre a través de una forma silente de asociación libre que se desarrolla en un estado de relajación. Una vez más, la tarea de la meditación consiste en atender a la respiración y advertir, sin preferencias ni prejuicios, los acontecimientos mentales que surgen en el momento presente. Al centrarnos en la respiración, y al saber que podemos redirigir la atención hacia ella –así como a la consciencia de la consciencia–, se impulsa un estado anímico relativamente tranquilo y no defensivo. En dicho estado, emergen a la conciencia los pensamientos, sentimientos o sensaciones anteriormente reprimidos o disociados. Pero dichos pensamientos, sentimientos y sensaciones pueden experimentarse de modo muy diferente ahora, porque emergen en lo que Daniel Stern (2004) denomina «contexto presente de remembranza» que es nuevo (p. 199).

Así como el vínculo seguro con el terapeuta puede aportar un contexto transformador de este tipo, lo mismo ocurre con el estado de calma suscitado a través de la meditación. Tras el reencuentro con ese estado anímico, las experiencias mentales inquietantes arraigadas en la historia personal pueden recontextualizarse de una manera que module su intensidad perturbadora e incluso, tal vez, «reescriba los posibles recuerdos del pasado» (Stern, 2004, p. 200). Desde una perspectiva bastante distinta, la acción terapéutica puede derivar de los efectos de la meditación como forma de progresiva de desensibilización en la que se revisan las experiencias perturbadoras, además de alcanzar un estado de bienestar mental y corporal (Goleman, 1988). En este proceso, pueden transformarse tales experiencias de modos que facilitan su integración.

Además la meditación, así como la atención plena cotidiana, puede iluminar los procesos a través de los cuales se construye –a cada instante– nuestra experiencia y la de los pacientes. Cuando estamos atentos, podemos «oír» las palabras que expresan nuestros pensamientos, desde los murmullos susurrados apenas audibles para la conciencia hasta las arengas insistentes. Podemos sentir los sentimientos que nos atenazan temporalmente y luego se disipan. Podemos experimentar las sensaciones corporales y las impresiones sensoriales que aparecen y desaparecen. También se observa que estas diversas representaciones de la experiencia interactúan entre sí: un pensamiento puede conducir a un sentimiento o a una sensación corporal, una sensación a un pensamiento o sentimiento, un sonido a un

sentimiento, y así sucesivamente. *Y podemos volver al momento presente.*

Siguiendo la trayectoria de la experiencia tal como se desarrolla, inevitablemente aprendemos al menos dos cosas. La primera es que se encuentra y se pierde repetidas veces la atención al aquí y al ahora. Podemos estar o no presentes, ser o no conscientes. La segunda es que la experiencia es una construcción fluida, remodelada a cada instante a través de una interacción caleidoscópica de pensamientos, sentimientos y sensaciones que cristalizan en un vaivén de estados anímicos. A este respecto, pensemos que un principio fundamental de la psicología budista es que lo que consideramos nuestro verdadero *yo* es algo incesantemente fluido, y, en consecuencia, el sentido de un yo intrínseco, permanente o fijo sólo puede ser una ilusión.

El yo atento y el yo reflexivo

Volviendo ahora al yo reflexivo y a la distinción entre apariencia y realidad, la atención plena ofrece una formación adicional en cuanto a la «naturaleza *meramente* representacional» de los estados mentales (Main, 1991, p. 128). Como he sugerido, la práctica de la atención plena aporta una ventana al carácter efímero y notable de lo que pensamos, sentimos y percibimos. Aunque la postura atenta difiere de la reflexiva o mentalizadora, el impacto de ambas puede ser similar, es decir, el de facilitar el reconocimiento de que los estados mentales son sólo estados mentales: subjetivos, no objetivos; fluidos, no fijos; algo que tenemos, no algo que somos. En suma, tanto la atención plena como la mentalizadora pueden servir de antídotos para la inmersión.

Además, la atención plena, al igual que la mentalización en su forma más desarrollada –la «afectividad mentalizada» (Fonagy et al., 2002)–, impulsa la integración del hemisferio derecho «social-emocional» y la «interpretación» del hemisferio izquierdo. Del mismo modo que el yo reflexivo posibilita «pensar el sentimiento y sentir el pensamiento» (Target, 2005, comunicación personal), el yo atento permite que los sentimientos sean informados por el pensamiento y que los pensamientos sean informados por el sentimiento.

Sin embargo, la atención plena ofrece también algo que no logra la mentalización. Porque el yo *atento* es consciente del yo reflexivo, y también consciente de que reflexionar sobre la experiencia es totalmente distinto de estar plenamente presente para la experiencia. Al tomar conciencia de la consciencia, «*cambiamos el locus de la subjetividad desde las representaciones del yo hasta la conciencia en sí*» (Engler, 2003, p. 65). De este modo, las experiencias del yo atento tienen no sólo el potencial de reforzar al «observador interno» sino de acceder al sentido profundo, y acaso inviolable, de quiénes somos en el centro de nosotros mismos. En la psicología y la práctica budistas, como el señalado antes, un objetivo fundamental de la atención plena consiste en descubrir que en el núcleo del yo no hay ningún yo, sino «un flujo continuo de experiencia consciente» (Falkenstrom, 2003, p. 1559). En la psicoterapia, una pariente cercana de esta comprensión del «no yo» es la gradual desinversión de nuestra inversión emocional en *imágenes* reificadas del yo (como totalmente autosuficiente, por ejemplo, o totalmente impotente) que limitan nuestro potencial de comprensión y crecimiento.

Por supuesto, no es necesario que elijamos entre una postura reflexiva (que nos ayuda a ver las pautas de nuestra experiencia lo largo del tiempo) y una atenta (que nos ayuda a vivir

profundamente la experiencia del momento presente). En la psicoterapia, ambas posturas pueden ser curativas y potenciarse entre sí. Como afirma Fonagy, la práctica de la atención plena refuerza la mentalización. El descubrimiento de Ekman de que los meditadores experimentados tienen una capacidad sumamente desarrollada de «leer la mente en la cara» apunta en la misma dirección, pues la mentalización conlleva el reconocimiento de los estados mentales tal como se expresan a través de la conducta. Asimismo, es posible que la mentalización, que contribuye a la regulación del afecto, la empatía y la confianza, también facilite el acceso a una postura de atención plena.

Aunque el vínculo entre la mentalización y la atención plena sea un tanto ambiguo, es incuestionable que ambas desempeñan un papel valioso y complementario en nuestro afán terapéutico por comprender, apoyar y ayudar a nuestros pacientes. Ambas contribuyen a la experiencia interiorizada de una base segura, a la integración y a la apertura del espacio mental que refuerza la capacidad de los pacientes de sentir, reflexionar y amar libremente.

1. Estos sujetos participaron en ocho sesiones semanales de dos a tres horas de instrucciones de meditación más un día de retiro.
2. Junto con otro meditador muy experimentado, este monje obtuvo un resultado muy superior a cualquiera de los 5.000 individuos que participaron en el experimento de Ekman.
3. Barry Magid, que es psicoanalista y profesora de budismo, describe del siguiente modo el impacto de la meditación: «Seguir la respiración y etiquetar los pensamientos conduce inicialmente a la construcción de un "observador" interno estable, que no está sometido a las emociones conflictivas ni es arrastrado por el flujo de la asociación o la cavilación» (citado en Safran, 2003, p. 279).
4. La terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1993) recurre a las técnicas de la atención plena inspiradas en la meditación zen, pero no emplea la práctica meditativa formal.

10 Hacia una profundización de la dimensión clínica de la teoría del apego

La intersubjetividad y la perspectiva relacional

Las investigaciones basadas en los descubrimientos de Bowlby han aportado a los psicoterapeutas un marco empíricamente fundamentado para la comprensión del desarrollo humano como proceso relacional. Así pues, la teoría del apego puede entenderse como una teoría relacional del desarrollo y quizá también del mundo interno, las defensas y la psicopatología. Sin embargo, no se trata de una teoría clínica, aunque tiene importantes implicaciones para la psicoterapia, dos de las cuales apuntan directamente a la perspectiva intersubjetiva y relacional como complemento clínico de la teoría del apego.

En primer lugar, como el desarrollo es esencialmente un proceso relacional, la psicoterapia debe concebirse en términos relacionales para que impulse la reanudación del desarrollo sano. En segundo lugar, debido a la centralidad de la interacción no verbal en el desarrollo, la psicoterapia debe encontrar aperturas a dichos ámbitos de la experiencia pasada y potencial a los que el paciente es incapaz de acceder con palabras.

¿Pero qué significa exactamente, desde el punto de vista clínico, concebir la terapia en términos relacionales? ¿Y cómo se logra que que los pacientes conecten con la experiencia que no pueden plasmar en palabras? Estableciendo un paralelismo con el énfasis relacional de la teoría del apego, el llamado «giro relacional» del psicoanálisis aporta respuestas extraordinariamente útiles para dichas preguntas.

Más allá de la psicología unipersonal

Aproximadamente en el mismo período en que Main y Fonagy investigaban los orígenes preverbales y relacionales de la seguridad del apego, los psicoanalistas de diversas escuelas examinaban su labor con los pacientes desde una perspectiva muy similar. Al igual que las investigaciones del apego documentaron que la naturaleza del modelo funcional interno del individuo depende del tipo de vínculos en los que se desarrolla, estos psicoanalistas observaron que la naturaleza de la experiencia del paciente en el tratamiento dependía, a cada momento, del tipo de vínculo terapéutico.

A partir de las observaciones clínicas (incluida, en algunos casos, su propia experiencia con los pacientes), reconocían las profundas limitaciones de la «psicología unipersonal». Este término designa la suposición de que los pensamientos, sentimientos y conductas del paciente son generados fundamentalmente desde el interior y de que, por lo tanto, la atención terapéutica debe centrarse en el funcionamiento interno de la psique del paciente.

Los clínicos que posteriormente se categorizaron como relacionales, intersubjetivos o constructivistas sostenían, por el contrario, que la «realidad psíquica» del paciente sólo podía abordarse significativamente en el contexto de la realidad experiencial creada por *las dos partes* de la pareja terapéutica. Al igual que Bowlby había abogado por un reconocimiento de la influencia de la conducta parental en el desarrollo infantil, los defensores de la «psicología bipersonal» sostenían que los pensamientos, sentimientos y conductas del paciente son siempre (al menos en parte) una respuesta al terapeuta. Junto con las intervenciones bien intencionadas del terapeuta, la realidad de su participación *involuntaria* tiene un impacto en el paciente.

Desde esta perspectiva, los terapeutas no son más capaces que los pacientes de aparcar la subjetividad individual fuera de la consulta, de modo que su afán de negar o eliminar el impacto de su propio inconsciente, de sus vulnerabilidades y teorías, no sólo está abocado al fracaso, sino que resulta contraterapéutico. La realidad de la «irreductible subjetividad» del terapeuta (Renik, 1993) lo descalifica como árbitro de la verdad cuya autoridad proviene de su (supuesta) capacidad de objetividad desapasionada. Además, tanto el terapeuta como el paciente están sujetos a la ineludible condición de los vínculos íntimos que Stephen Mitchell (1993), Robert Stolorow (Stolorow et al., 1987) y Jessica Benjamin (1990/1999) denominan *influencia recíproca*.

El reconocimiento de tal influencia es el núcleo de un cambio de paradigma en el psicoanálisis, que ahora está transformando hasta las principales ideas sobre lo que constituye la psicoterapia efectiva. La «teoría de la intersubjetividad» es, posiblemente, el mejor término genérico para designar este nuevo paradigma. Como vimos en el capítulo 4, la intersubjetividad se ha definido como la «influencia recíproca de las subjetividades conscientes e inconscientes de dos personas en un vínculo» (Natterson y Friedman, 1995, p. 1). Yo añadiría que, así como el prefijo «inter» de la *intersubjetividad* pone de relieve la realidad de que tanto la experiencia del paciente como la del terapeuta se crean a través de su *interacción* (y, por tanto, el individuo está inmerso en la díada),1 la «subjetividad» de la voz *intersubjetividad* subraya la falacia de la objetividad terapéutica y las ventajas de aceptar que el terapeuta receptivo en lo emocional siempre es irreductiblemente subjetivo. Las innovaciones clínicas asociadas con el nuevo paradigma incluyen el rechazo de toda técnica estándar en favor de una suerte de

pluralismo terapéutico, la apertura de la opción de la autorrevelación deliberada y la atención a las enacciones de la transferencia-contratransferencia no sólo como la vía principal de la introspección y la nueva experiencia, sino como límites potenciales para ambas.

Apego e intersubjetividad: teorías convergentes y complementarias

La investigación del apego pone de relieve y contribuye a explicar la influencia recíproca que ejercen los pacientes y terapeutas entre sí. La teoría de la intersubjetividad hace lo mismo, pero además aporta instrumentos técnicos y conceptuales para abordar esta influencia, que puede ser un problema pero también un recurso potencial.

Bowlby reconocía que en la infancia y en las edades posteriores nos adaptamos de forma inconsciente a las personas de las que dependemos, independientemente de que dichas figuras de apego sean o no buenas para nosotros. Esta adaptación, a veces autodestructiva, define en muchos casos los apegos de la edad adulta. De más está decir que los pacientes y sus terapeutas mantienen una relación de interdependencia mutua. Sabemos que los pacientes dependen de los terapeutas, pero no solemos tener en cuenta nuestras propias necesidades en relación con los pacientes.

Por supuesto, estas necesidades varían. Si ejercemos la actividad en el ámbito privado, dependemos económicamente de los pacientes. Aparte de esta dependencia práctica, tenemos también lo que podríamos denominar necesidad una narcisista en relación con los pacientes, es decir, la necesidad de sentirnos bien con nosotros mismos, tanto en el plano personal como profesional. Según nuestra configuración psicológica, esperamos que los pacientes nos ayuden a sentir competentes, útiles, benevolentes o poderosos, o que nos infundan mayor seguridad.

La influencia recíproca tiene múltiples fuentes, pero una de ellas es, sin duda, la necesidad o el deseo en relación con aquellas personas de las que dependemos. La dependencia del paciente y el terapeuta –que es mutua pero no necesariamente simétrica– ofrece un terreno fértil en posibilidades de adaptación, algunas de las cuales tienen el potencial de ser útiles y otras muy problemáticas, sobre todo si no se reconocen o no se expresan. La teoría del apego esclarece algunos de los esquemas que genera la interacción de la dependencia mutua del paciente y el terapeuta.

La teoría de la intersubjetividad no sólo pone de relieve el carácter ineludible y dominante de la influencia recíproca sino que ofrece a los terapeutas ciertos enfoques susceptibles de producir una respuesta colaborativa ante las convivencias (y los enfrentamientos) que definen todo vínculo terapéutico. Uno de los principales enfoques es el reconocimiento de que la inmersión en el vínculo genera enacciones inevitables de transferencia-contratransferencia que reflejan las necesidades y vulnerabilidades traslapadas e inicialmente inconscientes del paciente y el terapeuta. La teoría de la intersubjetividad aborda estas enacciones desde una reformulación radical de los constructos analíticos tradicionales.

La implicación personal del terapeuta

Al redefinir la transferencia, la contratransferencia, la resistencia y la neutralidad en términos relacionales, la teoría humaniza el papel del terapeuta y potencia el respeto por los pacientes de modos que conducen al desarrollo de un vínculo de apego. En luego paradigma,

contribuimos a lo que sucede en la interacción terapéutica, al igual que hace el paciente.

Así pues, la *transferencia* del paciente nunca está totalmente desgajada de la naturaleza de la participación del terapeuta y, por consiguiente, la exploración de la transferencia debe basarse en la suposición de que las opiniones del paciente respecto del terapeuta tienen un fundamento verosímil en el aquí y el ahora. La *contratransferencia* expresa la respuesta inevitablemente subjetiva, pero informativa, del terapeuta ante el paciente. Como la contratransferencia en parte modela –aunque también puede revelar– la transferencia del paciente, tiene el potencial de impulsar y entorpecer el avance terapéutico. Asimismo, la *resistencia* se considera cocreada en la interacción del paciente y el terapeuta; como tal, se reconcibe como comunicación más que como oposición. Y en cuanto al objetivo de la neutralidad terapéutica, es decir, el afán de aislar al paciente de la influencia de los valores o la personalidad del terapeuta, en un marco intersubjetivo tal neutralidad se considera una imposibilidad, un ideal engañoso y/o un logro efímero del afán del paciente y el terapeuta por atenuar la fuerza de una determinada enacción.

Los postulados tradicionales fomentaron el esfuerzo del terapeuta por restringir al mínimo su participación *personal*, con el fin de ser un observador neutral del vínculo de tratamiento. En el mejor de los casos, esta postura tradicional reflejaba el respeto por la autonomía del paciente. En el peor, el terapeuta era una presencia remota que, con su falta de receptividad emocional y sus tesis autoengañosas de una objetividad imposible, suscitaba y afianzaba la transferencia negativa del paciente.

El enfoque relacional se basa en un conjunto de postulados totalmente distinto, que conduce a una postura muy diferente. En este marco, el terapeuta no sólo es un participante del vínculo con el paciente sino también un observador. La auténtica participación personal, la receptividad emocional y la subjetividad inevitable, lejos de interferir, son los rasgos esenciales de una psicoterapia muy exitosa. Nuestra posibilidad de comprensión útil radica en la voluntad de examinar no sólo la experiencia subjetiva del paciente si no la nuestra propia, a medida que creamos *juntos* un vínculo que puede ser, en sí, el móvil del cambio terapéutico.

La teoría de la intersubjetividad surgió como reacción contra la psicología unipersonal y la prescripción inicial de Freud de que el analista debe operar como una pantalla en blanco, un espejo o un cirujano psíquico.2 La recomendación de Freud de que el analista ejecute un acto de desaparición de su propia subjetividad, aunque tenía su origen en el interés legítimo por la fuerza de la transferencia y la contratransferencia, no sólo era imposible de implementar sino que a menudo resultaba contraterapéutico.3

Las teorías de la intersubjetividad y el apego, que cuestionan este enfoque monádico, convergen al situar en el núcleo del desarrollo los vínculos estrechos y cocreados. Ambas teorías tienen también en común la concepción de que el yo en desarrollo se modela como una función de los pensamientos, sentimientos y conductas que se reconocen y expresan en dichos vínculos. Tanto en el primer desarrollo como en la psicoterapia, un vínculo más inclusivo genera un mundo interior más integrado, mientras que un vínculo que no puede contener una amplia gama de experiencias fomenta en el niño y mantiene en el adulto un mundo interno caracterizado por la disociación.

Integración, disociación y multiplicidad

Lo que Bowlby y Main denominan modelos funcionales múltiples (es decir, contradictorios e incompatibles) de los individuos de apego inseguro son, esencialmente, el resultado de la experiencia a la que los vínculos formativos no dieron cabida: experiencias que, por lo tanto, tuvieron que disociarse. Tales experiencias disociadas se excluyen, con fines defensivos, del sentido dominante del yo, pero en ese mismo proceso se preservan, por así decirlo, aunque de una forma no desarrollada.

En un conocido artículo –«The illusion of personal individuality»–, Harry Stack Sullivan (1964), el padre de la psiquiatría interpersonal, sostenía que tenemos tantos yos como vínculos diferentes. Aquí Sullivan prefiguró la obra de los clínicos relacionales e intersubjetivos contemporáneos que recurren a términos como la *multiplicidad de los yos* y el *yo socialmente construido* para describir las consecuencias del desarrollo, de modos que se solapan parcialmente con las conclusiones de los investigadores del apego.

Desde esta perspectiva «constructivista» todos tenemos múltiples yos, cada uno de los cuales se corresponde con distintos conjuntos de sentimientos, recuerdos, actitudes e impulsos; al mismo tiempo, casi todos somos capaces de sostener la «ilusión adaptativa» de que constituimos un yo unitario (Bromberg, 1998a). Dicho yo es fluido, antes que fijo. Adopta diversas formas en distintos contextos interpersonales. (Tal vez encuentre aquí cierta similitud con el concepto budista del yo –o del no yo– al que nos referimos en el capítulo anterior). La psicología de los yos múltiples y construidos es coherente con un descubrimiento de los estudios del apego, que establece que los modelos funcionales contradictorios son dependientes del estado, es decir, surgen o se activan según las circunstancias, tanto internas (por ejemplo, un estado de ánimo depresivo) como externas (un revés en el mundo real).

Para los clínicos relacionales e intersubjetivos, la diferencia entre la salud y la patología radica en el grado de integración de dichos yos múltiples. Dicho de otro modo, ¿qué grado de apertura presentan las líneas de comunicación entre nuestros distintos sentidos del yo? ¿Qué grado de facilidad tiene un determinado paciente para conectar con los estados anímicos distintos de aquellos en los que se halla sumido en el momento actual? Con estas preguntas vuelven a converger las teorías del apego y la intersubjetividad, porque en ambas se presta atención a la naturaleza del *acceso* del yo a su propia experiencia.

Al describir la trayectoria de desarrollo que da lugar a una falta de integración de los múltiples sentidos del yo, los teóricos relacionales –en consonancia con los investigadores del apego– sugieren que las experiencias que no pueden acomodarse a nuestros vínculos más significativos tienden a disociarse y a atrofiarse, en lugar de reprimirse. Lejos de «olvidarse» confines defensivos, se relegan a los límites de la consciencia, donde permanecen como partes indeseadas o negadas del yo hasta que, en el contexto de un nuevo estado anímico determinado por un conjunto distinto de circunstancias, lo que antes era periférico se vuelve central (Bromberg, 1998a; Davies, 1998; Stern, 2002).

Una paciente mía, por ejemplo, se veía como una persona excepcionalmente generosa y considerada, de una manera que resultaba absolutamente fundamental para sus buenos sentimientos acerca de sí misma. Me contó que de joven había tenido una visión de sí misma –a medio camino entre la fantasía y la creencia– en la que su «honradez» o «bondad» poco

comunes destacaban tanto que eran capaces de animar y transformar a las personas con las que entraba en contacto. Como era de esperar, se trataba de una paciente que tuvo que reprimir la ira en su infancia porque intensificaba peligrosamente la furia de su padre. Ahora que es madre, se turba profundamente cuando descubre que el desconsuelo de su bebé puede provocarle una ira incontrolable. Al describir esta conducta, exclama: «¡No soy yo!». Aquí hay muchas cosas: la inquietud de que sus cualidades especiales como persona sean insuficientes para calmar a su hijo, su vulnerabilidad a la ira cuando lo ve (como le ocurría a su padre) expresar sentimientos como los que ella tuvo que reprimir, sus dificultades para sentirse una buena madre cuando se enfada. La labor terapéutica aquí ha consistido en integrar –y por tanto en modular– las experiencias contradictorias de la paciente consigo misma: la bondad que exageraba y a la que se aferraba como fuente de autorrespeto y la ira que negaba y disociaba con el fin de preservar su seguridad y el apego a su padre.

«Disociación» es un término que tiene, al menos, un doble significado. En primer lugar, disociación significa modificar, con fines defensivos, el propio sentido de la realidad. De esto hablan los pacientes cuando describen experiencias de desorientación en las que salen de su cuerpo o sienten que no existen. En segundo lugar, la disociación designa una escisión de la experiencia que es incompatible con el modo en que uno se ve normalmente, como ocurría con la paciente que decía, a propósito de su ira, «¡No soy yo!».

La disociación, en este último sentido, es un rasgo de los modelos funcionales internos que segregan aspectos del yo, en lugar de integrarlos. Cuanto mayor es el grado de disociación, más contradictorio, discontinuo, inestable y confuso es el sentido del yo, y menor es la comunicación entre la «multiplicidad de yos». En el extremo patológico encontramos el trastorno de identidad disociativo, también conocido como trastorno de personalidad múltiple, en el que cada yo desconoce en gran medida la existencia del otro. En el extremo opuesto del continuo están las «islas de disociación» que definen la experiencia hasta de los individuos más sanos. En algún punto intermedio se encuentran los modelos funcionales fragmentados y «múltiples» de los individuos inseguros y desorganizados.

Si existe una diferencia en el significado de la disociación para los investigadores del apego y los teóricos relacionales, tal vez es la siguiente: En el mundo del apego, la disociación no aparece en la estructura psíquica de los individuos seguros. En cambio, para los autores relacionales la disociación es un aspecto inevitable del ser humano. Como todos tenemos experiencias que nos superan en el plano emocional, todos recurrimos necesariamente, en ocasiones, a lo que podría denominarse «disociación normal», es decir, una experiencia temporal de un estado anímico en el que lo que pensamos, sentimos o hacemos esta totalmente desconectado de nuestro sentido habitual del yo, por muy integrado que éste sea.

Por lo que respecta a las implicaciones clínicas, los estudios del apego y la teoría relacional tienen en común un modelo del vínculo entre el desarrollo y la estructura psíquica, lo que sugiere que se puede orientar la psicoterapia para integrar aspectos de la experiencia del paciente que están disociados y, por lo tanto, en muchoas casos atrofiados. Es decir, el terapeuta (como el progenitor de un niño seguro) debe aspirar a crear un vínculo que sea lo más inclusivo posible. Desde esta perspectiva, la psicoterapia depende en gran medida de la subjetividad del terapeuta como recurso, porque se cree que a veces la experiencia subjetiva del terapeuta contiene aspectos de la experiencia del paciente que han tenido que disociarse en

el contexto de anteriores vínculos formativos. A este respecto, puede resultar útil preguntar cuál de los múltiples yos prevalece ahora en nuestra interacción con el paciente, puesto que, debido a la naturaleza cocreada de los vínculos, la respuesta a dicha pregunta puede ayudarnos a percibir cuál de los múltiples yos del paciente es el que estamos abordando en este momento (Mitchell, 1997).

Repensar los constructos tradicionales: democratización de la psicoterapia y humanización del papel del terapeuta

Las ideas de Bowlby y sus discípulos ofrecen una poderosa visión del vínculo terapéutico en la que el paciente tiene el potencial de experimentar al terapeuta como una nueva figura de apego. Así, el tratamiento orientado al apego se modela, hasta cierto punto, según los mejores vínculos progenitor-hijo.

De manera similar, en lo que podríamos describir como una versión sombría de este modelo, los enfoques analíticos tradicionales atribuyen al clínico un papel de mucho peso, cuyos dejos parentales se agudizan con la dependencia del paciente. Otro factor que incrementa el diferencial es el postulado de que el clínico tiene el privilegio de ver y entender con objetividad, mientras que la perspectiva del paciente está distorsionada por necesidades, defensas y fantasías inconscientes.

En contraste con este planteamiento, el nuevo paradigma, que deconstruye la ficción de la objetividad terapéutica y rechaza la creencia tradicional de que la transferencia es distorsión, en cierto modo democratiza el vínculo terapéutico. Por motivos que explicaré enseguida, este enfoque «nivelador», que cuestiona la autoridad *inmerecida* del terapeuta y concede mayor credibilidad al paciente, incrementa la probabilidad de que el paciente experimente al terapeuta como una nueva figura de apego y una base segura. Paralelamente, este enfoque disminuye el riesgo de que se infantilice al paciente en la psicoterapia.

Téngase en cuenta que en el rechazo del ideal imposible del terapeuta como observador objetivo no significa que el terapeuta carezca de pericia o autoridad, sino que su pericia y autoridad tienen un fundamento diferente. En concreto, el terapeuta es –o puede aprender a ser– experto en el proceso de reconocimiento, exploración y transformación de los esquemas familiares de experiencia e interacción del paciente, tal como emergen en el contexto del vínculo terapéutico.

Desde una perspectiva intersubjetiva, este proceso no sólo depende de la sensibilidad del terapeuta ante el paciente sino de su capacidad de reconocer, sopesar y, cuando sea deseable, transformar los modos característicos en que el paciente participa en el vínculo. Dicha «receptividad autorreflexiva» (Mitchell, 1997) puede facilitarse si se resitúan los constructos unipersonales tradicionales en un contexto bipersonal, donde pueden servir para iluminar los modos de ser del paciente en un vínculo, los modos de ser del terapeuta en un vínculo y la interacción entre los dos.

La transferencia redefinida

Cuando Freud descubrió que los vínculos pasados modelan los presentes –incluido el

vínculo del paciente con el terapeuta–, nos aportó un recurso clínico extraordinario. Pues es evidente que a través de la transferencia los pacientes tienen el potencial de experimentar, comprender y transformar sus patrones más problemáticos de vinculación consigo mismos y los demás. Cuando resurgen con el terapeuta las viejas dificultades dolorosas que nunca se han resuelto, el paciente tiene una segunda oportunidad de reelaborar –y acaso resolver– los escenarios familiares problemáticos.

El concepto inicial de transferencia, el paciente desplazaba hacia el terapeuta los sentimientos, pensamientos y conductas que anteriormente había experimentado en el vínculo con las figuras significativas de la infancia. Se consideraba que estas expresiones contemporáneas del pasado del paciente se desarrollaban según una lógica exclusivamente definida por la historia y totalmente ajena al impacto de la presencia del terapeuta. En este modelo, el terapeuta era una pantalla en blanco sobre la que se proyectaba la transferencia del paciente. Así pues, la transferencia se veía como la distorsión de un paciente incapaz de percibir con precisión al terapeuta como una persona real.

Desde una perspectiva relacional (véase Aron, 1992, 1996; Hoffman, 1983, 1996, 2001; Mitchell, 1993, 1997, 2000; Renik, 1993, 1999a, 1999b, 1995), la ineludibilidad de la influencia mutua reduce al absurdo la idea de que el terapeuta pudiera ser el equivalente de un maniquí inexpresivo al que el paciente viste en la transferencia (Winer, 1994). En cuanto a la creencia de que la perspectiva del paciente sobre las motivaciones y actitudes del clínico es previsiblemente poco fiable, Gill y Hoffman (1982) dirigieron una investigación que demostró inequívocamente que las percepciones del paciente acerca de la contratransferencia del analista eran a menudo más precisas que las autovaloraciones del propio analista.

El objetivo del anonimato analítico es muy problemático a la luz del hecho –evidente para el paciente– de que las características personales del terapeuta tienen un impacto en el vínculo. Asimismo problemática es la minusvaloración del juicio del paciente implícita en la ecuación de las percepciones distorsionadas del paciente acerca del terapeuta. Tales postulados tradicionales relativos a la transferencia pueden socavar la capacidad potencial de experimentar al terapeuta como una base segura. A veces suscitan conformidad, generando algo equiparable a la pseudoterapia. Otras veces evocan rebeldía (u otra transferencia negativa) que puede intensificarse cuando el terapeuta reacciona de manera interpretativa, añadiendo «perspicacia» al agravio.

En un marco intersubjetivo, la transferencia ya no se considera una distorsión, porque las percepciones del paciente acerca del terapeuta casi siempre tienen un fundamento verosímil. En cambio, la transferencia se considera una suerte de rigidez, reflejada en el hecho de que, entre las múltiples interpretaciones creíbles de la conducta del terapeuta, el paciente parece impulsado a creer sólo una. Así pues, la transferencia es fruto de la sensibilidad y la atención selectiva. En lugar de desligarse de la realidad de la persona terapeuta, expresa la inclinación del paciente hacia el modo habitual experimentar un vínculo. La transferencia en este marco no sólo se interpreta sino que se construye. La experiencia clínica confirma que los pacientes suelen comportarse de modos que suscitan la confirmación de sus interpretaciones acerca de la realidad interpersonal (Aron, 1996; Gill, 1983; Mitchell, 1993; Renik, 1999a, 1999b).

Es casi siempre un error relegar las ideas del paciente acerca de nuestras actitudes o motivaciones al ámbito de la fantasía infundada, sólo porque tales ideas se aparten de nuestras

autopercepciones. Otros pueden conocernos de modos que no están a nuestro alcance. Como nosotros también tenemos inconsciente, es esencial ser escépticos en cuanto a la amplitud de nuestra autoconsciencia en un momento dado y considerar al paciente como un colaborador, potencialmente útil, en la identificación de aspectos de nosotros mismos de los que no somos conscientes (Hoffman, 1983; Aron, 1991, 1992).

Con respecto a la técnica, podemos empezar por destacar lo que es verosímil (o simplemente preciso) en la visión de la transferencia del paciente. Tal respuesta respetuosa es esencial para que el paciente confíe en que el terapeuta está abierto a los pensamientos y sentimientos del paciente, por muy desconcertantes que resulten. Este tipo de apertura impulsa la inclusividad que posibilita la integración de la experiencia disociada. También facilita una exploración introspectiva y una colaboración que constituye, para algunos pacientes, una experiencia emocional correctiva.

En el intento de dar cabida a las reacciones de transferencia del paciente, puede ser útil preguntarse en voz alta qué hay en nuestra conducta o actitud que pueda inducir la «interpretación» del paciente. A veces el enfoque más eficaz para identificar y comprender la experiencia del paciente acerca del terapeuta consiste en fomentar las conjeturas del paciente sobre la experiencia del terapeuta acerca del paciente. Dicho de otro modo, para captar la transferencia del paciente necesitamos oír sus ideas sobre nuestra contratransferencia. Por último, como los pacientes pueden ser bastante reacios a expresar directamente lo que piensan o sienten acerca de nosotros, suele ser esclarecedor escuchar su comunicación acerca de la experiencia extratransferencial como un comentario codificado o metafórico sobre su experiencia de transferencia.

Por ejemplo, una paciente me contó que le había molestado mucho que su internista no se tomara en serio sus quejas médicas. Al escuchar su descripción de la experiencia con el médico, empecé a sospechar que también estaba molesta conmigo. Cuando le planteé esta posibilidad, descubrí que, en efecto, estaba bastante ofendida conmigo, debido a su percepción de que yo consideraba triviales sus problemas. Mientras explorábamos esta impresión suya, de pronto me preguntó cuál era mi reacción ante sus quejas. Aunque me sentía un poco desconcertado, le comenté lo que acababa de observar, el hecho inquietante de que yo tuviera dificultades para sentir su sufrimiento y reaccionar ante él con la seriedad que requería. Le dije que esta respuesta tal vez guardaba relación con algo que necesitaba comprender mejor en mi interior, pero también con mi sensación de que al transmitirme su infelicidad parecía que necesitaba minimizarla o negarla. Lo que vino después fue una dolorosa pero productiva exploración acerca de su papel y el mío al generar una interacción que nos turbaba a los dos.

Como sugiere este ejemplo, el nuevo paradigma no sólo fomenta una postura acogedora, respetuosa y empática durante la comunicación de la experiencia de transferencia por parte del paciente, sino que nos permite revelar nuestra experiencia de contratransferencia al paciente, siempre que resulte útil.

La contratransferencia reconsiderada

Las reacciones de contratransferencia se cuentan entre los datos fundamentales derivados de lo que Freud (1912/1924) denominaba el «órgano receptivo» del inconsciente del analista en su orientación «hacia el inconsciente transmisor del paciente» (p. 328). Como tales, aportan

un acceso esencial a la experiencia disociada del paciente. Aunque tradicionalmente se concebían como un impedimento ocasional o episódico que surge de las carencias psicológicas del terapeuta, la contratransferencia en el nuevo paradigma es un rasgo continuo del vínculo con el paciente y otro «camino real del inconsciente».

Pese a su potencial de informar –específicamente, de iluminar mientras influye en la transferencia del paciente–, la contratransferencia también puede interferir, en consonancia con su acepción originaria como un obstáculo. Como el vínculo entre el paciente y el terapeuta es cocreado, los dos miembros de la pareja están en condiciones de introducir obstáculos para el libre flujo de la experiencia y la exploración. La disociación del terapeuta o la dificultad de estar presente, por ejemplo, puede impedir el paso de la experiencia disociada del paciente. Así, una concepción *totalística* de la contratransferencia –la experiencia subjetiva del terapeuta como recurso y resistencia– asume un papel absolutamente central en el enfoque intersubjetivo de la psicoterapia.

En este marco, el intento de eliminar la contratransferencia no sólo es imposible, sino indeseable. Lo que Joseph Sandler (1976/1981) denomina «papel receptivo de la contratransferencia» –es decir, la tendencia del terapeuta a acomodarse a las expectativas del paciente– puede ser tanto un activo como un pasivo. Dado que la enacción de la contratransferencia puede ser un requisito para reconocerla (Renik, 1993), es aconsejable que los terapeutas se dejen impulsar por las corrientes interpersonales dominantes. Como apunta Dale Boesky, «Si el analista no se implica emocionalmente, tarde o temprano, de un modo imprevisto, el análisis no tendrá una conclusión exitosa» (prestador en Renik, 1993, 1999a, p. 417). Involucrarse de esta manera –y esclarecer y transformar tal implicación– puede ser una condición *sine qua non* de la psicoterapia efectiva. Los encuentros auténticos, con una carga emocional, que son catalizadores del cambio no sólo dependen del compromiso del paciente sino también de la implicación del terapeuta (Ginot, 2001; Maroda, 1999).

Desde esta perspectiva, nuestra eficacia puede verse socavada por las restricciones que se adoptan para evitar la enacción de la contratransferencia. Los clínicos veteranos suelen ser más eficaces, como sugiere Renik, no porque hayan soportado más la contratransferencia y la hayan enactuado menos, sino porque adoptan una actitud menos defensiva ante la contratransferencia y confían más en su capacidad de sobrellevar las reacciones de los pacientes ante ella. Ténganse también en cuenta los estudios que muestran que la adopción de una cara de póquer desregula las emociones (Ekman, Roper y Hager, 1980). El intento de acallar o enmascarar nuestras respuestas de contratransferencia con el fin de mantener la ocultación puede disminuir el acceso a las señales subjetivas esenciales para conocer a los pacientes en un plano emocional.

Por lo que respecta a la intervención, el nuevo paradigma fomenta el uso juicioso de la revelación deliberada de contratransferencia («deliberada» en contraste con las continuas revelaciones no intencionales de nuestra identidad). Los detalles de la expresión de la contratransferencia –por qué, cuándo y cómo optamos por revelar nuestra experiencia al paciente en lugar de utilizarla en silencio como información– surgen a medida que abordamos las innovaciones técnicas derivadas de la teoría de la intersubjetividad.

La resistencia reconsiderada

La visión tradicional sostiene que la resistencia surge porque es preciso apartar de la consciencia algún elemento de la psique del paciente; sus orígenes son exclusivamente intrapsíquicos. En el nuevo paradigma, la resistencia casi siempre tiene también un significado interpersonal. Desde esta perspectiva, puede verse como el resultado de la connivencia entre el paciente y el terapeuta para que no ocurra nada nuevo o amenazador. Dicho de otro modo, la resistencia del paciente a la experiencia –por lo general, la experiencia de lo que se siente como un dolor emocional insoportable– se asocia con el miedo a una respuesta poco útil del terapeuta. Una vez más, como el vínculo terapéutico está coconstruido (es fruto de la influencia recíproca), cuesta entender cómo puede no implicarse el terapeuta.

Por lo tanto, deberíamos examinar sistemáticamente la conducta que nos han inculcado para entender las muestras de resistencia (el retraso, la superficialidad, la distancia respecto de los sentimientos en el paciente) como una respuesta razonable al grado de sintonía o asintonía del terapeuta. El intento de esclarecer el sentido del paciente acerca del papel del terapeuta (si existe) en la evocación de la resistencia puede iluminar las expectativas preexistentes de miedos que subyacen a la respuesta del paciente.

Por supuesto, el término «resistencia» tiene en sí ciertas connotaciones ineludiblemente despreciativas. De hecho, la perspectiva tradicional entiende la resistencia como la *oposición* inconsciente del paciente al avance del tratamiento, pues se parte del postulado de que, si el paciente fuera más razonable, suspendería de inmediato su insensatez y continuaría con el programa. Pero la consideración de los pacientes como opuestos a sus propios intereses, u opuestos al terapeuta, puede conferir al vínculo terapéutico un aura de confrontación; además, puede presentar a los pacientes como individuos que ocultan secretos bochornosos y a los terapeutas como detectives o confesores dotados de una superioridad moral. Como ninguno de estos contextos induce a los pacientes a decir lo que no se ha dicho o a saber lo que ha tenido que permanecer oculto, la concepción clásica de la resistencia opera como una barrera para la exploración y la integración.

En cambio, autores como Charles Spezzano (1995), importante teórico relacional, así como Roy Schafer (1983), destacado psicoanalista, han propuesto que concibamos la resistencia como comunicación sobre los aspectos de la experiencia del paciente que son difíciles de tolerar y de expresar con palabras. Desde esta perspectiva, los pacientes transmiten indirectamente o intentan evocar de forma inconsciente en el terapeuta lo que no pueden soportar. En suma, la atención a la resistencia como comunicación puede ser otra vía para la consciencia y la posible integración de la experiencia disociada del paciente.

La neutralidad reconsiderada

Según la concepción tradicional, la neutralidad es la ausencia de inversión por parte del terapeuta en un resultado frente a otro, la sustracción de la influencia de la personalidad, los valores o la teoría del terapeuta en el paciente. En el nuevo paradigma, tal neutralidad se considera, en el mejor de los casos, como un ideal, orientado a salvaguardar la autonomía del paciente, protegiéndolo de la influencia excesiva del terapeuta y dando cabida a las facetas contradictorias de los conflictos del paciente, y en el peor de los casos se concibe como una ilusión engañosa, inalcanzable porque no se puede eliminar ni ocultar la subjetividad del

terapeuta, e indeseable porque dicha subjetividad es un recurso terapéutico muy valioso (Renik, 1996; Stolorow y Atwood, 1997).

Los teóricos intersubjetivos sostienen que el esfuerzo consciente del terapeuta por «poner entre paréntesis» su subjetividad incrementa la probabilidad de que intente, *inconscientemente*, influir en el paciente. Se protege mejor la autonomía del paciente cuando el terapeuta está dispuesto a reconocer y estudiar sus propias respuestas subjetivas, así como a investigar su impacto en el paciente. A este respecto, Renik (1999b) sostiene que los terapeutas son más útiles para el paciente cuando «juegan sus cartas boca arriba».

El postulado implícito es que ni el terapeuta ni el paciente pueden ser objetivos. Cada uno de los dos tiene una visión idiosincrásica de la realidad y no se puede otorgar mayor peso a una o a otra. Si aspiramos el concepto clásico de neutralidad, podemos denegar al paciente el beneficio de una perspectiva útil. Para impulsar la autoexploración del paciente de manera efectiva a veces es necesario que el terapeuta presente su propio punto de vista, no con el fin de imponerlo como dogma sino para que se sopese como una opción alternativa.

Desde un punto de vista intersubjetivo, la neutralidad es el logro común del paciente y el terapeuta que superan de forma efectiva y conjunta ciertas resistencias interpersonales. De este modo, generan una nueva apertura, un sentido de la posibilidad espaciosa, en lugar de una inversión constrictiva en una determinada interpretación de la realidad relacional actual. Tales experiencias de «neutralidad» reflejan una liberación temporal de las restricciones entrelazadas de la transferencia y la contratransferencia (Gerson, 1996).

Aportaciones de la intersubjetividad al repertorio clínico

La teoría intersubjetiva ha generado innovaciones clínicas significativas que potencian nuestra capacidad de comprender el ámbito relacional y de intervenir en él, factores esenciales desde el descubrimiento empírico de que un vínculo de apego es el contexto primario en el que se produce el desarrollo psicológico. En concreto, estas innovaciones crearán en vínculos terapéuticos caracterizados por la inclusividad, la reparación de las dificultades y la efectiva negociación de los conflictos y la diferencia. También contribuyen a que los terapeutas accedan a su experiencia no verbal y refuercen su propia capacidad de mentalización y atención plena.

La dialéctica de las enacciones

Como la transferencia y la contratransferencia están asociadas en un marco relacional, ninguna de las dos puede entenderse de forma aislada. Resulta más útil orientar la atención del terapeuta hacia la amalgama interpersonal conocida como transferencia-contratransferencia; de hecho, el interés por las enacciones de la transferencia-contratransferencia constituye el núcleo del enfoque clínico intersubjetivo. En la espiral de influencia recíproca de la que surgen las enacciones, la participación del terapeuta no es menos significativa que la del paciente. Así pues, para que la terapia cure, tanto el terapeuta como el paciente deben ser capaces de cambiar.

Es importante tener en cuenta que las enacciones no son experiencias episódicas en las que nos sumimos temporalmente. Henry Smith apunta que le cuesta imaginar un intercambio «sin

enacción» en el análisis, y cita a Dale Boesky, que observa: «Es un poco difícil determinar qué *no* es enacción» (Smith, 1993, p. 96). Aun así, resulta esencial tomar conciencia de las enacciones que se desarrollan en nuestro vínculo con cada uno de nuestros pacientes. Si tales enacciones son conscientes, se convierten en el contexto fundamental dentro del cual se llevan a cabo las tareas de la terapia; si se desarrollan en forma automática, al margen de la consciencia, operan como barreras para la introspección y la nueva experiencia.

A modo de ilustración, veamos el siguiente caso clínico. Cuando Rodney, un paciente de mediana edad con un estilo de apego negador, expresó su preocupación de que estaba convirtiendo a todas las personas de su vida –sus clientes, su esposa– en figuras de autoridad, de pronto comprendí que nuestras sesiones habían asumido la misma forma predecible. Rodney me relataba lo que percibía como los éxitos o fracasos de la semana. Yo implícitamente le animaba si él tenía la sensación de que hacía avances; en caso contrario, intentaba ayudarle a mejorar. Al reflexionar sobre este esquema, me percaté de que con él seguía un guión que expresaba no sólo sus necesidades sino también las mías.

La preocupación de Rodney por su inapropiada sumisión a las personas que trataba como autoridades me brindó una oportunidad, así que le plantee la cuestión: ¿no era también ése el modo en que procedíamos juntos? Expresé mi impresión de que él me experimentaba como una especie de guía o gurú que supervisaba sus esfuerzos y le ofrecía una orientación necesaria. Añadí que, cuando él aprovechaba positivamente esta orientación, yo sospechaba que se sentía recompensado; en caso contrario, me daba la impresión de que se sentía poco apoyado.

Hasta ese momento yo había representado mi papel de forma irreflexiva, disfrutando de mi posición pero sin ser totalmente consciente de ella. Así pues, en la medida en que Rodney experimentaba nuestro vínculo como paralelo a los otros casos que había mencionado, su visión implícita de que yo me presentaba ante él como una figura de autoridad no era una distorsión sino una respuesta razonable ante mi postura. Ni siquiera al comentar todo esto con él pude eludir el rol de autoridad que él solía atribuirme y que yo asumía.

Como respuesta a mi intervención, en consonancia con la enacción Rodney dijo: «¿Me estás diciendo que esto es algo que se debe evitar?». A lo cual respondí: «Seguramente esto es más de lo mismo». Esta vez su respuesta fue una especie de experiencia «¡ajá!». Sin embargo, en un momento posterior, cuando tuvo ocasión de medio reconocer/medio disculparse por no haber sido capaz, desde la última sesión, de cumplimentar una solicitud de empleo, me pareció que se reinstauraba la misma enacción. En cambio, no se me ocurrió preguntarle si el hecho de que concluyera la conversación de ese modo reflejaba justamente lo que acabamos de comentar.

Estas enacciones tienen una adhesividad extraordinaria. Los terapeutas nos podemos pegar a ellas junto con los pacientes. Una y otra vez, tenemos que recurrir a la consciencia y la iniciativa para superar estas enacciones de forma que surja algo útil e inesperado.

Los pacientes como Rodney generan con los terapeutas esquemas de interacción que reflejan una tensión dinámica entre lo viejo y lo nuevo, la seguridad y el riesgo, la repetición y la transformación. Como terapeutas, experimentamos una tensión similar entre el impulso de enactuar nuestra parte de la configuración de transferencia-contratransferencia y la relativa «objetividad» que puede reforzar el afán de comprender este impulso, en lugar de dejarnos llevar por él o de evitarlo. Steven Stern (1994) analiza esta dialéctica en función del «vínculo

repetido» y el «vínculo necesario», cada uno de los cuales tiene el potencial de enactuarse en la psicoterapia.

Stern (1994) sugiere que la identificación proyectiva puede ser el medio por el cual el paciente «orienta» al terapeuta y da vida a estos esquemas en el vínculo, ya sea recreando la experiencia antigua o posibilitando la nueva experiencia. La identificación proyectiva, descrita por Karen Maroda (1999) como «comunicación intercorporal» (p. 72), ocurre cuando el paciente trata el terapeuta de tal modo que éste llega a identificarse con lo que proyecta el paciente.4

El concepto dialéctico de Stern, según el cual el paciente tiene impulsos contradictorios que activan a veces el vínculo *repetido* y otras veces el vínculo *necesario*, coincide con la conclusión de los investigadores del apego de que en los individuos inseguros el estado anímico dominante con respecto al apego suele ir acompañado de un estado anímico contrario que tiende a disociarse. Por ejemplo, los pacientes negadores pueden comportarse como si tuvieran escaso interés por la proximidad emocional, aunque esa misma disposición negadora se advierte en su preocupación por la posible presión derivada de las exigencias emocionales de los demás. Este tipo de pacientes, que suele suscitar en el terapeuta respuestas que recrean el pasado problemático, también pueden atraer implícitamente otras respuestas que satisfacen las necesidades de desarrollo. Frente a las fuerzas poderosas que invitan a la repetición, surgen los deseos comunes del paciente y el terapeuta de tener experiencias que revelen nuevas posibilidades relacionales.

La autorrevelación

Si existe una transformación de la técnica que caracteriza el nuevo paradigma frente al antiguo, es precisamente la apertura de la autorrevelación deliberada (véase Ehrenberg, 1992; Maroda, 1999). Recordemos que, desde la perspectiva relacional, preservar el anonimato del terapeuta no sólo es un objetivo imposible sino indeseable. Desde este nuevo enfoque, pierde peso el razonamiento tradicional que proscribe la autorrevelación. En su lugar surgen varios motivos imperiosos para incluir esta intervención en el repertorio del terapeuta. Tal vez lo más importante es el hecho de que la revelación explícita del pensamiento y el sentimiento del terapeuta puede contribuir a que los pacientes, por su parte, reconozcan y acepten como propias las experiencias que hasta entonces se han visto obligados a negar o disociar.

Así como los teóricos del apego como Fonagy (2001) han señalado que el niño necesita la mente del otro para conocer la suya propia, los clínicos relacionales (Bollas, 1987; Spezzano, 1995) han observado que, para que los pacientes integren los pensamientos, sentimientos y deseos negados, necesitan que la psique del terapeuta contenga temporalmente la experiencia que han sido incapaces de soportar por su cuenta. En el contexto del vínculo terapéutico, lo «sabido impensado» (en la frase de Bollas) puede llegar a arraigar en el terapeuta.

En tales circunstancias, la propia experiencia subjetiva del terapeuta puede ser un recurso infrautilizado, a no ser que se revele al paciente. La suposición implícita es que los pacientes, de forma inconsciente pero decidida, ponen a prueba a los terapeutas para determinar la veracidad de sus creencias acerca de la peligrosidad que entraña conocer, sentir desear determinadas cosas. El terapeuta que contiene, sopesa y expresa con palabras su propia experiencia «personal» –por ejemplo, la tristeza que siente ante determinadas actitudes del

paciente– puede desmentir la creencia del paciente sobre el peligro implícito en conocer y mostrar lo que se siente. La autorrevelación del terapeuta sirve para demostrar que se puede experimentar y expresar sin riesgo más de lo que suponía el paciente (Hoffman, 1992, 1994).

La teoría de la intersubjetividad nos impulsa no sólo a utilizar en silencio la experiencia subjetiva sino a comentarla con los pacientes cuando contribuye a los objetivos del tratamiento. Aparte de facilitar la integración, ¿que otros efectos terapéuticos tiene la autorrevelación deliberada?

Es un recurso crucial para abordar las enacciones. Para convertir estos obstáculos potenciales en oportunidades de cura, en determinados momentos necesitamos «distanciarnos» de las enacciones (de otro modo, será una experiencia en bruto sin una comprensión útil), mientras que en otras ocasiones tenemos que «implicarnos» en ellas (no sea que haya «comprensión» sin la experiencia vivida que posibilita el aprendizaje emocional).

Las enacciones marcan su presencia limitando al terapeuta. Dicho de otro modo, cuando tomamos conciencia de que nuestro margen de maniobra se ha limitado significativamente en lo que respecta al grado de libertad con que pensamos, sentimos o interactuamos con el paciente, entonces puede que estemos en las garras de una enacción. Cuanto más rígida, repetitiva o ineludible es la enacción, más importancia cobra hacer cuando esté en nuestra mano para atenuar su fuerza. En tales situaciones, asumir el riesgo de expresar la experiencia en palabras puede romper el hechizo de la enacción, permitiendo que nos relacionemos con el paciente con mayor libertad, autenticidad y claridad.

Por otro lado, cuando nos sentimos alejados del paciente –persistentemente aburridos, somnolientos o distantes–, o cuando la naturaleza de la inacción en curso es demasiado vaga, la revelación de nuestra experiencia ante el paciente puede animar una interacción atenuada y contribuir a que se manifieste la enacción latente. Por ejemplo, en una sesión reciente dije: «Siento que tengo más dificultades que de costumbre para implicarme en lo que dices. Me resulta más difícil estar presente en este momento. Puede ser algo que obedece totalmente a un estado mío o puede tener que ver con lo que ocurre aquí entre los dos. ¿Puedes decirme cómo ha sido tu experiencia? ¿Y qué sientes al oírme decir esto ahora?».

La paciente suspiró y me dijo que le aliviaba oírme reconocer lo que creía haber observado: que yo estaba como en otra parte; y añadió que ella tampoco se sentía presente, sino que estaba como con piloto automático, «cotorreando». Después de esta conversación todo empezó a animarse. La expresiva participación del terapeuta tiene el potencial de resolver el impasse empático, integrando a ambas partes de forma más plena en el espacio común y facilitando el discernimiento de la enacción creada conjuntamente.

La autorrevelación del terapeuta puede aportar también al paciente un modelo que encarna muchas de las capacidades que esperamos reforzar a lo largo del tratamiento, incluida la capacidad reflexiva que Main y Fonagy relacionan con el apego seguro y la capacidad de atención plena. El terapeuta que sopesa su experiencia, que la cuestiona en lugar de asumirla, y que contempla varias interpretaciones de la misma contribuye a inculcar la mentalización, es decir, la capacidad de responder a la experiencia a la luz de los estados mentales cambiantes que la modelan. Asimismo el terapeuta que es capaz de comentar su experiencia del aquí y el ahora de manera no defensiva, al tiempo que anima al paciente a hacer lo mismo, propicia un tipo de consciencia no sentenciosa, centrada en el presente, que es el rasgo característico de

una postura atenta.

La autorrevelación por parte del terapeuta también modela la capacidad de expresar con palabras los sentimientos o reacciones difíciles, y la verbalización de aquellos tipos de experiencia que el paciente se ha visto forzado a reprimir o disociar fomenta el proceso de integración.

Por último, la autorrevelación puede ser valiosa porque aporta a los pacientes una visión de su impacto en el terapeuta, y así posiblemente de su impacto en los demás. Me viene ahora a la mente un tratamiento en el que le dije al paciente que escogía mis palabras con mucho cuidado cuando hablaba con él, y que sentía la necesidad de comunicar un mensaje blindado, porque él siempre ponía defectos a lo que yo decía. Le resultó asombroso: lejos de imaginar que yo me sentía amenazado por él, sentía la necesidad de estar a la defensiva conmigo. Con el desarrollo de la terapia, volvimos a este tema en varias ocasiones, la última más recientemente, a propósito de una evaluación crítica de su rendimiento en el trabajo, donde se indicaba que su comunicación con los subordinados los ponía a la defensiva. Al reconocer este patrón de conducta familiar, se percató de que tenía que afrontar sus miedos a ser juzgado, pero no desplazándolos a los demás sino comprendiéndolos y tal vez intentando tranquilizarse.5

La teoría relacional establece la autorrevelación deliberada como un recurso siempre disponible; que optemos o no por ejercerla en un determinado momento debe depender, como toda decisión clínica sensata, de lo que consideremos que sirve mejor a los intereses del paciente. El riesgo de que la experiencia subjetiva revelada por el terapeuta no venga al caso y/o no sea útil para el paciente disminuye cuando el terapeuta la comunica con «hábil cautela» (Safran y Muran, 2000) y con la voluntad de tener en cuenta las reacciones de paciente.

Por supuesto, reservarse la opinión también entraña riesgos. Aunque cueste reconocer –y mucho más revelar– los sentimientos intensos o la indiferencia que nos infunden los pacientes, nuestra comprensible reticencia tiene sus costes. La ocultación de los sentimientos difíciles puede causar más daños que su revelación. Al negar lo que sentimos, sólo podemos simular que estamos presentes con el paciente cuando, en realidad, nos hallamos alejados. Además, existe el riesgo de que actuemos de manera destructiva cuando, en un momento impredecible, nuestros sentimientos se vuelven demasiado fuertes y no podemos contenerlos. Maroda (1999) y Renik (1995) sugieren que nuestra renuencia personal a revelar dichos sentimientos puede tener su origen en el miedo de que tal revelación destruya nuestra imagen benéfica y fidedigna ante el paciente, mostrándonos vulnerables e imperfectos.

En consonancia con mi propio carácter, me parece que el intento de hacer psicoterapia efectiva sin recurrir a la autorrevelación es tan absurdo como intentar tocar el piano con una sola mano. Ahora bien, aunque la teoría tradicional proscribía la autorrevelación, el nuevo paradigma no lo prescribe, cuando menos para todos los terapeutas con todos los pacientes. La autorrevelación sólo es un recurso opcional. Como veremos a continuación, la naturaleza de cada terapeuta y cada paciente determinará si esta opción es adecuada desde el punto de vista clínico.

La «matriz interactiva»

Jay Greenberg (1995) acuñó este término para describir el contexto creado conjuntamente dentro del cual adquieren significado determinados acontecimientos en la terapia. Está

constituido por las subjetividades concordantes discordantes del paciente y el terapeuta. Greenberg sostiene que es la matriz interactiva concreta del tratamiento, y no un «libro de técnica estándar», lo que debe determinar el enfoque de una determinada terapia. Dicho de otro modo, el modelo curativo depende totalmente de lo que funciona para un determinado paciente con un terapeuta concreto.

Cuando están en sincronía las sensibilidades de los dos miembros de la pareja terapéutica, concuerdan de tal modo que la interacción entre ambos parece un no acontecimiento, en cuyo caso se relegan a la periferia el apego y las cuestiones relacionales. En cambio, la discordancia pone de relieve la interacción y eleva estos temas a un rango absolutamente central. Se requiere la negociación (una mezcla de empatía, interpretación y a veces autorrevelación del terapeuta) para restaurar el equilibrio de la pareja terapéutica. La idea de que la discordancia entre el terapeuta y el paciente requiere negociación para restaurar el equilibrio es análoga a la conclusión de los investigadores del vínculo hijo-progenitor, según la cual un factor fundamental para generar seguridad es la experiencia repetida no de una interacción poco conflictiva sino de la (inevitable) disrupción seguida de reparación.

La cuestión de la discordancia o la armonía, la congruencia o el conflicto, es a un tiempo interpersonal e interna. En un plano interpersonal, el procedimiento del terapeuta puede concordar o no con las necesidades y los deseos del paciente, al igual que éste puede ser o no capaz de aprovechar las intervenciones el terapeuta. Pero lo que ocurre en el plano interpersonal –es decir, la respuesta del paciente ante la revelación del terapeuta– guardará relación con la disposición interna (congruencia o conflicto) entre lo que *hace* (intervención) y lo que *es* (carácter) el terapeuta.

Por ejemplo, un determinado terapeuta puede escoger el ejercicio del modo más tradicional, porque le han inculcado que mantener el anonimato es una buena técnica. Si ese procedimiento le resulta cómodo y adecuado a su carácter, entonces su persona clínica puede ser aceptada por el paciente como expresión natural de su intento de ayudar. En cambio, si el paciente está configurado psicológicamente de tal modo que el intento de operar como una pantalla en blanco le hace sentirse distante, y por lo tanto culpable, sus esfuerzos serán experimentados por el paciente como destructivos. Una vez más, los terapeutas somos ineludiblemente subjetivos y los pacientes captan pistas que revelan nuestra experiencia subjetiva. Así pues, lo importante no es sólo lo que hacemos, sino (tal vez más) que sentimos sobre lo que hacemos (Wallin, 1997).

El «tercero analítico»

Thomas Ogden (1994) sostiene que las interacciones del paciente y el terapeuta generan un ambiente rico en significados inconscientes que están, por así decirlo, en el aire. Esta atmósfera de significados creados de manera intersubjetiva es lo que Ogden denomina el tercero analítico. Cree que este «tercero» impregna y modela la experiencia de ambas partes en la interacción. En consecuencia, prestar atención a los aspectos más sutiles de nuestra experiencia con el paciente –incluidos las sensaciones físicas y los pensamientos vagos que a menudo se descartan como distracciones o muestras de preocupación narcisista– puede ser una clave de los afectos peligrosos y los estados anímicos disociados del paciente. Tales rasgos del «tercero analítico» nos ofrecen otra ventana al inconsciente.

Otros indicios del «tercero» se observan en ejemplos sorprendentes de solapamiento entre las experiencias del paciente y el terapeuta. Hace unos años trabajaba con un joven cuatro veces por semana. Fue el último paciente al que vi un lunes por la tarde. A la mañana siguiente me desperté temprano con un sueño en el que aparecía una mujer con tres penes. Cuando volví a ver a mi paciente esa misma tarde, inició la sesión contándome que la noche anterior había tenido un sueño sumamente peculiar. Supe inmediatamente lo que me iba a contar. Me dijo: «Soñé con una mujer que tenía tres penes». Este tipo de ejemplos sugiere el modo misterioso en que un vínculo intersubjetivo intenso puede generar una experiencia compartida que no pertenece sólo al paciente ni al terapeuta sino a una amalgama misteriosa de los dos.

Lo que añade a la teoría del apego la perspectiva intersubjetiva

Charles Spezzano (1998) se ha preguntado –un poco en broma– qué hacen los terapeutas relacionales para matar el tiempo entre las enacciones y las autorrevelaciones. Esta cuestión plantea un asunto crucial. Si la teoría intersubjetiva y relacional tiene razón en que la auténtica experiencia emocional correctiva en parte deriva de que nos sumimos en las enacciones que se originan fuera de la consciencia y posteriormente nos zafamos de ellas, entonces ¿qué debemos hacer *conscientemente* con el paciente hasta que las reconocemos?

Gran parte de la fuerza inherente a la integración de las teorías de la intersubjetividad y el apego radica en que la primera enmarca de forma útil esta cuestión, mientras que la segunda nos ayuda a responderla con idéntica eficacia.

Recapitulemos: La teoría del apego sugiere que el terapeuta es potencialmente una nueva figura de apego con la que el paciente puede desarrollar, a través del vínculo, nuevos patrones de apego. Al identificar los aspectos parentales que fomentan la seguridad en el niño, la teoría del apego ayuda al terapeuta a elegir y manifestar deliberadamente una postura orientada a generar una mayor seguridad del apego en el paciente. Mediante la descripción de los distintos estilos de apego, la teoría contribuye también a que el terapeuta identifique el patrón de apego de un determinado paciente y desarrolle los enfoques específicos más adecuados. Por último, al esclarecer la centralidad de la función reflexiva y su proceso de desarrollo normal, la teoría del apego focaliza el esfuerzo del terapeuta en el refuerzo de la capacidad mentalizadora del paciente, asociando el intento de aportar una base segura con la comunicación que refleja la consciencia coherente de la «postura intencional» del paciente, por muy incipiente que sea. Como veremos en la parte IV, la teoría del apego ofrece a los terapeutas un marco poderoso para escoger el enfoque más adecuado para los pacientes.

Desde una perspectiva explícitamente clínica, la teoría intersubjetiva/relacional aborda una serie de hechos cruciales. En primer lugar, como saben todos los terapeutas, la mayor parte de lo que ocurre en la psicoterapia no es fruto de la intención deliberada del terapeuta o del paciente, sino que suele ser el resultado de la interacción de la intención consciente con las experiencias no premeditadas, inadvertidas e inconscientemente motivadas que se producen durante el tratamiento. El segundo lugar, los pacientes suelen mostrarse renuentes a aprovechar el nuevo vínculo de apego que les ofrece implícitamente el terapeuta. Y en tercer lugar, los pacientes no quieren o no pueden expresar ciertas facetas importantes de su experiencia.

Al aportar herramientas adecuadas para trabajar con los aspectos no deliberados de nuestra participación en el mundo del paciente e instrumentos para atraer esas partes influyentes de la experiencia del paciente que a menudo no se expresan con palabras, la teoría intersubjetiva hace aportaciones fundamentales a un enfoque de tratamiento orientado al apego.

Para empezar, la perspectiva relacional pone de relieve que, al formar parte del mundo del paciente a través de las *enacciones*, el terapeuta es capaz de experimentar y conocer al paciente directamente en el plano emocional sin la mediación del lenguaje. De este modo, el terapeuta accede a los ámbitos «no verbalizados y no verbalizables» de la experiencia del paciente.

La perspectiva relacional amplía también el concepto de «receptividad sensible» postulado por la teoría del apego. Además de promover la empatía y la sintonía, en la teoría relacional se hace hincapié en el profundo sentimiento de comprensión y apoyo que no surge de nuestro afán por aportar lo que suponemos que necesita el paciente sino de nuestra inmersión, junto con el paciente, en las interacciones complejas, difíciles y a veces dolorosas que ocurren de modo impredecible a pesar de nuestras intenciones conscientes. A la orientación que ofrece la teoría del apego a los clínicos con respecto a la aportación deliberada, el enfoque intersubjetivo añade la atención a las ventajas derivadas del trabajo sobre nuestra participación (inicialmente) inconsciente en el vínculo con el paciente.

Además, el enfoque intersubjetivo pone de relieve la oportunidad de descubrir, a través de la atención a las enacciones, el *conflicto* que experimenta el paciente en lo que respecta al recurso de la empatía y la contención –el nuevo apego– que intenta aportar el terapeuta.

Por último, la teoría de la intersubjetividad añade a la teoría del apego el interés por la reciprocidad y el diálogo que invita al paciente a desempeñar múltiples funciones en el vínculo de apego, incluida la de «asesor» del terapeuta. Aceptar que todos tenemos un inconsciente, recabando la colaboración del paciente como intérprete de la experiencia del terapeuta, puede resultar enormemente útil.

Existe una potente sinergia en la integración de las teorías del apego y la intersubjetividad, que convergen entre sí y, en este sentido, se confirman mutuamente. Ambas identifican los vínculos estrechos como crisoles donde los seres humanos se conforman originariamente y donde –tanto en el amor como la psicoterapia– pueden curarse sus primeras heridas emocionales. Y ambas teorías destacan la experiencia relacional que se sitúa al margen del ámbito estrictamente verbal. Es más, ambas se complementan y acaso se completan. La teoría de la intersubjetividad cubre la dimensión clínica, apenas desarrollada en la teoría del apego. El apego, a su vez, ensancha enormemente las dimensiones de la intersubjetividad relativas al diagnóstico y el desarrollo. En lo que respecta a su aplicación a la psicoterapia, las dos teorías combinadas constituyen un «matrimonio conceptual bien avenido».

1. Como han sugerido Mitchell (1993), Stolorow et al. (1987) y Daniel Stern (2004), la «mente aislada» es una ficción, un oxímoron.
2. «Nunca me cansaré de recomendar a mis colegas que tomen como modelo en el tratamiento psicoanalítico al cirujano que deja al margen sus sentimientos, incluidos los de la empatía humana, para concentrar su mente en un único fin, el de llevar a cabo la operación con la máxima pericia posible» (Freud, 1912/1924a, p. 327).
3. Owen Renik, ex redactor jefe de *Psychoanalytic Quarterly*, ha señalado que, aunque antes consideraba que el enfoque tradicional era más eficaz con algunos pacientes que con otros, ahora está convencido de que no es óptimo para ningún paciente y que resulta más dañino para unos que para otros (comunicación personal, 2002).
4. Las dimensiones «necesarias» y «repetidas» se corresponden con las identificaciones proyectivas «tipo uno» y «tipo dos» del paciente (Stern, 1994) que evocan en el terapeuta reacciones características que, por una parte, recrean la vieja experiencia y, por otra, posibilitan la experiencia nueva. Stolorow et al. (1987) abordan un ámbito afín con su concepción «bipolar» de la transferencia, que por un lado amenaza al paciente con revivir lo traumático y por otro lo alimenta psicológicamente satisfaciendo las necesidades del objeto del *self*. Asimismo, la teoría de control y dominio de Weiss y Sampson (1986) puede entenderse como guía para la transformación de las enacciones repetidas en necesarias, a través de los ensayos de transferencia donde el terapeuta confirma o desmiente las creencias patogénicas del paciente.
5. A este respecto, conviene señalar que, debido a la singularidad de cada terapeuta, no podemos dar por sentado que la experiencia del paciente en el vínculo de tratamiento se corresponda necesariamente con su experiencia en otros vínculos. Me parece útil sugerir a los pacientes que, muy probablemente, existen similitudes y diferencias entre lo que experimentan conmigo y lo que experimentan en otros lugares, pero prestar atención a las coincidencias puede resultar muy esclarecedor.

IV Pautas del apego en psicoterapia

Muy poco de lo que hacemos como terapeutas se puede determinar por adelantado. Como ha observado el Change Process Study Group, la psicoterapia avanza mediante la improvisación de movimientos relacionales. Sin embargo, la probabilidad de que dicha improvisación resulte útil se incrementa si las acciones del terapeuta se inspiran en la consciencia de lo que realmente supone un vínculo propicio para el desarrollo.

En la investigación sobre el apego se han identificado las características del diálogo colaborativo asociado al desarrollo de la seguridad, la resiliencia y la flexibilidad en etapas posteriores de la vida del niño. Dada la coincidencia entre los procesos de cambio en la infancia y la psicoterapia, esta investigación nos ofrece un marco para fomentar consecuentemente el diálogo colaborativo con nuestros pacientes. La investigación también puede permitirnos identificar las pautas dominantes de apego en nuestros pacientes y, por tanto, «imaginar» sus vínculos tempranos, más concretamente lo que dichos vínculos pudieron o no integrar.

En el capítulo 11 los hallazgos empíricos se traducen en recomendaciones clínicas para facilitar la comunicación coherente y para evaluar las «incoherencias» específicas de nuestros pacientes inseguros. De esta forma, se crea el marco para los próximos tres capítulos, donde se detallan las implicaciones terapéuticas del reconocimiento de que el estado anímico predominante del paciente con respecto al apego es negador, preocupado o irresoluto.

11 La construcción del crisol del desarrollo

Ya sea en la infancia o durante la psicoterapia, proporcionar una base segura es una característica clave para conseguir un vínculo de apego lo «suficientemente bueno». Dicho vínculo refuerza la capacidad vital para la regulación del afecto al fomentar la expectativa personal de que otro ser más fuerte y sensato ayude a restablecer el equilibrio emocional frente a la amenaza. También fomenta el equilibrio flexible entre la conexión y la exploración, equilibrio que Ainsworth consideraba el rasgo distintivo del apego seguro. Si este tipo de experiencia relacional puede trasladarse –como una «base segura interiorizada»–, ofrece a nuestros hijos y pacientes un recurso de valor incalculable, puesto que refuerza la seguridad en el yo, la confianza en los demás y el sentido de que el mudo es un lugar seguro en el que se puede amar y crecer. La cuestión, evidentemente, radica en cómo generamos dicha experiencia relacional.

El fomento de la comunicación colaborativa en psicoterapia

Al observar la convergencia entre múltiples estudios y tradiciones de investigación, Lyons-Ruth (1999) identifica cuatro características clave de la comunicación progenitor-hijo asociadas a los resultados de desarrollo más positivos. Dicha comunicación es colaborativa y coherente, y requiere que el padre: (1) estructure la interacción para aprender lo máximo posible acerca de los sentimientos, deseos, necesidades y opiniones del niño; (2) inicie la reparación interactiva cuando se produzca el trastorno; (3) actualice el diálogo para seguir los potenciales incipientes del niño y (4) se involucre de forma activa y se enfrente al niño

durante los periodos en que se esté desarrollando su sentido del yo y de los demás.

En consecuencia, a la vista de la simetría entre la receptividad sensible de los padres y la sintonía empática de los terapeutas, éstos deberían ser nuestros objetivos: (1) diálogo afectivo y lingüístico en el que tenga cabida la máxima experiencia subjetiva del paciente (sentimientos, pensamientos o deseos); (2) sensibilidad frente a los trastornos que se den en el vínculo y buena disposición para iniciar la reparación; (3) postura de aceptación, junto con unas expectativas acerca de las capacidades del paciente más elevadas de lo que éste supone inicialmente; y (4) voluntad de confrontación, de fijación de límites y de lucha con el paciente, actitud adecuada durante los períodos que anuncian cambios en la identidad del paciente y en el vínculo terapéutico.

Al explicar cómo podemos implementar este marco en la práctica clínica, describiré los elementos que constituyen nuestro esfuerzo *deliberado* por proporcionar al paciente un vínculo de apego que resulte más amable para su desarrollo psicológico que los vínculos de partida.

La creación de un diálogo inclusivo

Los pacientes necesitan que los ayudemos a acceder a toda su experiencia subjetiva y a expresarla, sobre todo su experiencia emocional. Como explica Bowlby (1988), «Es la comunicación emocional entre un paciente y su terapeuta lo que desempeña el papel crucial» (p. 157). Preguntas como «¿Qué sientes?», «¿Qué quieres?», «¿Qué crees que está sucediendo ahora mismo entre nosotros?» (planteadas de forma explícita o analizadas en silencio por el terapeuta) deben trasladar nuestro esfuerzo sistemático por generar un diálogo inclusivo.

Con frecuencia el paciente no está en condiciones de contestarlas precisamente porque implican cierto tipo de experiencias que los primeros vínculos del paciente excluyeron. Por tanto, debemos sintonizar con lo que el paciente consigue expresar únicamente de forma no verbal. Como hemos visto anteriormente, dicha comunicación implícita de «lo sabido impensado» puede reflejarse en el rostro, el tono de voz, la postura o los gestos del paciente. Podemos percibirlo como un sentimiento, una sensación corporal, una imagen o un pensamiento, y se puede enactuar en el vínculo. Captar estos tipos de señales implícitas requiere una atención que oscila entre el paciente y nuestra propia experiencia subjetiva. «Respuesta autorreflexiva» (Mitchell, 1997) e «investigación empático-introspectiva» (Stolorow *et al.*, 1987) son términos que describen el tipo de visión binocular que tengo en mente.

Con ánimo de incluir lo que de otra forma quedaría excluido, a veces me resulta útil hacer referencia explícita a mi experiencia con el paciente, conmigo mismo o con nuestra interacción. Al expresar claramente esta experiencia con palabras se puede ayudar al paciente a acceder a aspectos disociados o negados de su propia experiencia.

> Hace poco, por ejemplo, observé con sorpresa que me sentía indiferente ante el relato de una paciente sobre sus problemas de relación. Mientras me preguntaba en silencio por qué, advertí que la paciente concluía casi todas las frases con una inflexión ascendente, como si formulara una pregunta; también hablaba muy rápido, como si dudara de que yo tuviera paciencia suficiente para escuchar su historia. Cuando compartí estas observaciones con ella e insinué que tal vez se sentía incómoda con lo que me contaba, o que dudaba de mi interés, objetó: «No, no es así. Sobre todo viendo en tu rostro esa expresión que parece decir: "Tienes todo el derecho a vivir tu experiencia"». Sin embargo insistí, y le hablé de una conversación que había escuchado por casualidad entre dos niñas. Una hablaba

como si tuviera la certeza de que su amiga estaba interesada, mientras que la otra, menos segura de estar recibiendo la atención de su compañera, hablaba atropelladamente y acababa cada frase en tono interrogativo. Esto es lo que me dijo entonces la paciente: «Creo que probablemente por ahí van los tiros, porque, mientras tú hablabas, me empecé a sentir cómoda, mientras que antes apenas balbuceaba». Pronto quedó claro para ambos que, aunque sus palabras dijesen lo contrario, en realidad se sentía poco convencida de su experiencia y daba por sentado que no significaba demasiado para los demás.

Las palabras de nuestros pacientes suelen representar una visión muy parcial, y a veces engañosa, de lo que de verdad sienten. En consecuencia, nuestra empatía ante la experiencia inmediata de un paciente puede ser tanto un importante punto de partida como –si nos detenemos ahí– un obstáculo para una conversación más inclusiva. A menudo, los pacientes pueden manifestar su deseo de cambiar o su miedo al cambio. Para integrar ambas actitudes –pues ambas suelen estar presentes– al terapeuta puede resultarle útil hablar a esa parte de la experiencia sobre la que el paciente guarda silencio en ese momento. Pero para que dicha respuesta tenga sentido, el paciente debe encontrar un reflejo de sí mismo en las palabras del terapeuta. Si lo encuentra, dicha intervención permite que el paciente se sienta reconocido por el terapeuta a un nivel más profundo, además de aceptado como una persona más completa.

Con el objeto de fomentar el diálogo inclusivo que facilita la integración, no solo debemos *reconocer* la experiencia del paciente, sobre todo la emocional, sino *comunicar* ese reconocimiento de forma que el paciente se sienta comprendido. No obstante, a menudo esa sensación de ser comprendido por el terapeuta es en sí insuficiente. Para sentirse del todo reconocido en esos momentos, el paciente también debe sentirse *sentido* (Siegel, 1999). Susan Coates (1998) lo expresa así: «En vez de captar el sentimiento del paciente, lo que el terapeuta debe hacer es dejar que el sentimiento del paciente le llegue, es decir, que lo emocione de una forma reconocible para el paciente» (pág. 127). Cuando el afecto es «contagioso» y la respuesta del terapeuta coincide con la calidad de la comunicación del paciente, puede suponer una forma excepcionalmente poderosa de receptividad contingente y de encuentro intersubjetivo. Ciertamente, dicha respuesta ratifica que lo que el paciente está experimentando –tal vez con considerable inquietud– puede, de hecho, estar contenido en el vínculo con el terapeuta.

Aparte de la receptividad que propicia que los pacientes se sientan reconocidos y sentidos, existen dos elementos más en la comunicación terapéutica que fomentan los objetivos de inclusividad e integración. A este respecto, la recomendación de Fonagy de que los padres, en respuesta a la angustia de sus hijos, ofrezcan empatía, una actitud positiva y atención a su «postura intencional» es totalmente acertada. En psicoterapia, como en la infancia, el individuo necesita resonancia empática, sintonía y el reflejo del otro. No obstante, como implica la fórmula de Fonagy, nuestros pacientes necesitan algo más que un reflejo para sentir que su vínculo con nosotros es lo bastante seguro como para arriesgarse a una autorrevelación más completa.

En primer lugar, nuestros pacientes deben sentir que somos capaces de ayudarlos a superar sus sentimientos complejos. De lo contrario, ¿por qué iban a permitirse sentir más de lo necesario? Parafraseando a Schore (2003), el apego es la regulación interactiva de la emoción. Dicha regulación depende en gran medida de nuestra propia capacidad de tolerar y gestionar los sentimientos dolorosos. Cuando dicha capacidad está bien desarrollada, en general podemos no sólo reconocer y reflejar los sentimientos complejos del paciente sino

comunicar que se pueden afrontar. Aquí resulta útil una actitud tranquila (si logramos mostrarla), además de una conducta que exprese nuestro deseo de comprender y, a través de la comprensión, de ayudar.

En segundo lugar, debemos responder a las intenciones, los sentimientos y creencias subyacentes que forman el contexto en el que adquieren sentido las palabras y la conducta de nuestros pacientes. Al responder de esta forma, teniendo en cuenta su «postura intencional», nuestros pacientes consiguen sentirse comprendidos de verdad, y esto se traduce en un sentimiento de aceptación. El sentimiento de comprensión y aceptación fomenta el convencimiento de que sus experiencias, incluso las que han tenido que soterrar, se pueden incluir sin temor en el nuevo vínculo de apego.

Más importante que fomentar el diálogo inclusivo es estar emocionalmente presentes para mostrarnos receptivos e implicados hasta el punto de sentir lo que está vivo en el paciente en el plano emocional, incluso (o sobre todo) cuando no se expresa de forma directa.

El inicio activo de la reparación

Podemos apoyarnos en la empatía, la autorrevelación deliberada y/o la interpretación para restaurar el equilibrio en la pareja terapéutica. Sea cual sea la intervención, la reparación de una ruptura suele implicar alguna forma de negociación intersubjetiva. Si se resuelve el conflicto a través de la negociación con el terapeuta, se refuerza la confianza del paciente en que la base segura es, en efecto, segura: que puede sobrevivir a la tensión de la decepción, la diferencia y la protesta.

Al volver a terapia tras dos semanas de vacaciones, Randall, un paciente al que atendía desde hacía varios años, me comentó, con «objetividad» y sencillez, su miedo a no ser capaz de mantener una relación íntima duradera. Me dijo que temía el rechazo, pero que perdía el interés en cuanto alguien se interesaba de verdad por él. Me preguntó qué le recomendaba, tras un preámbulo en el que me dio a entender que lo que le había ofrecido hasta el momento no había funcionado. En tono más bien burlón, le sugerí que probara la psicoterapia.

Randall se mostró un tanto perplejo; estaba claro que la frase no le había hecho gracia. Al quejarse de que la terapia no le había sido de mucha utilidad últimamente, aludió a un período anterior durante el cual habíamos analizado pormenorizadamente nuestro vínculo. En aquella época, afirmó, nuestro trabajo conjunto le había implicado emocionalmente y le había resultado valioso, pero ya no ocurría lo mismo.

Eso me hizo pensar que recientemente (siendo este día un caso ilustrativo) me había parecido que se mostraba bastante poco involucrado. Un poco antes, durante esa misma sesión, me había percatado de que me sentía menos cercano a él de lo que cabría esperar. Posiblemente mi «broma» era un reflejo de mi frustración por su distancia y su desaprobación. Luego recordé que, durante la última sensión antes de sus vacaciones, me sentí preocupado. Tal vez por eso el paciente me había notado distante o le había parecido que yo lo rechazaba.

A lo largo de varias sesiones, le transmití que la petición de ayuda que me manifestó debía de resultarle muy apremiante, teniendo en cuenta su afán cada vez mayor de encontrar una pareja estable y su temor a que no estuviéramos progresando. Después le pregunté qué impresión le había producido la última sesión. Me comentó que le había resultado muy deprimente, con toda la charla sobre el punto muerto en que se hallaba su búsqueda de pareja. Yo respondí: «No sé si lo voy a decir está relacionado con tu sensación depresiva del otro día, pero sé que durante la sesión tenía muchas cosas en la cabeza. Me temo que me costó mucho estar presente y que seguramente tú te quedaste con eso». Añadí que, en este contexto, estaba como mínimo fuera de lugar mi comentario socarrón.

Se emocionó un poco y me aseguró que le aliviaba escuchar mis palabras. Creía que yo estaba esquivo y tal vez enfadado con él porque me había dicho que «no» cuando le pedí que cambiáramos la hora de la sesión. Al terminar la hora me manifestó su gratitud y me hizo ver que volvía a sentir la conexión conmigo.

Estas secuencias de disrupción y reparación –sobre todo la reparación que emprende el

terapeuta– refuerzan en el paciente la percepción de que se puede confiar en el vínculo para tratar los sentimientos complejos y resolverlos. Al mismo tiempo, fomentan la capacidad del paciente de hacer uso de la regulación interactiva del afecto, precursora de la autorregulación. Asimismo, los sucesivos episodios de reparación tienden a refutar sus expectativas de transferencia preexistentes: en el caso de mi paciente, la expectativa, derivada de la experiencia con una madre asombrosamente narcisista, de que nadie asumiría nunca la responsabilidad por los problemas que causara y que él sería el único responsable.

La mejora del diálogo

Bromberg (1998b) describe la psicoterapia como un proceso que propicia el cambio en los pacientes sin que dejen de ser ellos mismos. En la misma línea, Friedman (1988) sugiere que los terapeutas debemos aceptar a los pacientes en las condiciones en que se presentan, pero sin conformarnos con dichas condiciones. Establecer este tipo de equilibrio exige que asumamos que nuestros pacientes son capaces de alcanzar un mayor grado de sentimiento, consideración, conexión o iniciativa de lo que creen. Si esperamos muy poco, el paciente puede sentir que traicionamos sus anhelos; si esperamos demasiado, puede sentir que se han pasado por alto sus vulnerabilidades.

Elevar el diálogo terapéutico a mayores cotas de consciencia y complejidad requiere lo que los desarrollistas llaman «andamiaje». Los padres, por ejemplo, construyen un andamiaje para sustentar la capacidad verbal incipiente de su hijo, hablando por él antes de que adquiera el lenguaje para describir su propia experiencia y, posteriormente, pidiéndole que utilice sus palabras.

De forma similar, los terapeutas pueden sustentar con un andamiaje las capacidades emergentes de sus pacientes para el sentimiento, la reflexión o la iniciativa, entre otros aspectos. En la práctica, esto requiere que a veces hablemos por el paciente expresando, por ejemplo, sus sentimientos tácitos o no reconocidos. En otros momentos es necesario un silencio receptivo para dar cabida al sentimiento del paciente o para propiciar que sienta con mayor profundidad. Y, en determinadas ocasiones, conviene que tendamos un puente para conseguir que el diálogo alcance un nivel emocional más abierto, «adelantándonos» y expresando nuestros propios sentimientos.

Con el fin de despertar en el paciente la capacidad reflexiva, a menudo tenemos que hablar sobre los estados mentales que subyacen a su experiencia y, otras veces, sobre lo difícil que le resulta considerar su experiencia de esta forma. También podemos dejar que el paciente participe en nuestros esfuerzos por atribuir sentido a la experiencia: en este proceso, «modelamos» la mentalización. Para reforzar la capacidad de iniciativa o acción, tal vez debamos centrarnos tanto en lo que el paciente quiere para sí (dentro o fuera de la terapia) como en su dificultad para saber lo que quiere o incidir sobre ello. También podemos expresar nuestro dilema sobre cómo fomentar de manera eficaz la iniciativa del paciente sin usurparla de forma implícita a través de nuestra actividad.

Una de las formas más efectivas de mejorar el diálogo es convertirlo en el objeto de análisis. Mantener una «conversación sobre la conversación» es una forma *inter*personal de desarrollo *intra*personal que aspiramos a fomentar en todos los pacientes, sobre todo el desarrollo de la mentalización. Recordemos que aquí el medio es el mensaje: al promover el

diálogo metacomunicativo –la comunicación sobre la comunicación– podemos fomentar también la metacognición, esto es, pensar sobre el pensamiento. A los pacientes demasiado inmersos en su experiencia este tipo de diálogo les ayuda a abrir las puertas a una reflexión más profunda y mejor fundada desde el punto de vista emocional.

A modo de ejemplo, pensemos en el paciente del que acabo de hablar y al que propuse de forma displicente, aunque categórica, que «probara con la psicoterapia». Tras haber reparado bastante bien la ruptura ocasionada por mi observación, en la siguiente sesión volvimos a la escena del crimen.

> A Randall le sorprende que, al parecer, va «en busca del rechazo», como si tratara de confirmar la desconfianza que tanto le dificulta ser él mismo en sus encuentros con los demás. Comento que parece traer a la sesión una carga de desconfianza similar, y le recuerdo su renuencia inicial a hablarme de su decepción, de su sensación de que me había apartado de él y de su temor a que estuviera enfadado con él. Un tanto exasperado, me responde: «¿Y qué se supone que debo hacer? ¿Preguntarte qué te sucede? ¿Decirte que no lo estás haciendo bien? Tú eres el experto. Seguro que te disgustaría». Le digo que, en vista de esta expectativa, entiendo el alivio y el agradecimiento que mostró la semana pasada ante mi disposición a sopesar mi responsabilidad en las dificultades que se nos plantean. Me contesta que esa franqueza ha sido una de las cosas más importantes de su experiencia conmigo, prácticamente desde el principio. Según me cuenta, le ha sorprendido y conmovido cada vez que me he mostrado dispuesto a admitir mi responsabilidad.
>
> «¿Te das cuenta de que, aunque hayas tenido en varias ocasiones la misma experiencia reveladora conmigo desde el punto de vista emocional, sigue siendo una sorpresa para ti?», le pregunto. «Es como si pudieras conectar con la experiencia y sentirte más confiado, pero sólo durante ese momento. Así que cuando algo vuelve a molestarte de verdad, algo que no te gusta o que necesitas de mí y no recibes, te cuesta mucho expresarlo».
>
> Tras un silencio bastante largo, dice: «Ni se me ocurre verbalizarlo. Todo esto es automático, no lo cuestiono. Es como si estuviera rodeado por un foso. No salgo de las paredes porque siempre tengo la sensación de que los demás pueden ser peligrosos. Pero tal vez eso forme parte de la búsqueda del rechazo de la que hablaba antes, de que no quiero asimilar tu respuesta, así que no se graba y siempre es una gran sorpresa. Ahora pienso que si a ti o a cualquier otra persona os importase de verdad y me sintiera seguro, no sabría qué hacer con la situación».

Las conversaciones sobre la conversación –sobre lo que se integra y lo que se descarta– facilitan el cambio en las normas y modelos internos del paciente, ya que le plantean algo más que una perspectiva única sobre la experiencia. (Naturalmente, ésta es la esencia de la postura reflexiva que posibilita una mayor libertad, no sólo para reflexionar sino también para sentir y conectar). Al permitir que el paciente se posicione en dos lugares a la vez –dentro de la experiencia, como participante, y fuera, como observador–, dichas conversaciones elevan el diálogo a nuevas cotas de consciencia y complejidad.

La voluntad de implicarse y luchar

En ocasiones, el niño requiere de un modo indefectible un progenitor con quien enfrentarse, un padre o una madre que le aporte la estructura necesaria. Y del mismo modo indefectible, a medida que el niño crece, el padre debe flexibilizar la estructura y cederle una mayor capacidad de iniciativa. Cabe afirmar algo muy similar con respecto a lo que el paciente necesita del terapeuta.

Debe entenderse que nuestros pacientes a veces necesitan más la confrontación que la empatía. Aunque esta interpretación vaya en contra de los principios de muchos terapeutas, puede resultar útil para recordar que el vínculo terapéutico es también un vínculo real: de la misma forma que no aceptaríamos a sabiendas una conducta destructiva en otros vínculos, rechazamos tal actitud ante nuestros pacientes. Aceptar al paciente no es en modo alguno

contradictorio con la adopción de una postura con respecto a su conducta autodestructiva, dentro o fuera de terapia.

Durante varios años he luchado por mantener con vida a un paciente que manifestaba una tendencia suicida crónica. Tras muchos intentos frustrados, múltiples hospitalizaciones y la construcción, a través de un proceso de fijación de límites, de una estructura que finalmente parecía conducir a un progreso real, el paciente me dijo que sí, la estructura que habíamos establecido era importante y que, sí, podíamos estar en condiciones de llegar a alguna parte, pero que tenía que saber una cosa: al final se acabaría matando. Al escuchar las palabras del paciente, estallé. La versión sin tapujos: «Puedes hablar sobre el suicidio todo lo que quieras, ¡pero me niego a cargar con el peso de tu amenaza! No tienes ninguna enfermedad terminal y jamás daré mi aprobación para que se te trate como a un desahuciado». Tras oír mis palabras, el paciente se calmó, se mostró aliviado e incluso agradecido por mi enfado. A continuación me volvió a decir, como en un momento anterior, que necesitaba que yo fuera «más grande» que él. Huelga decir que mi respuesta enfurecida a este paciente no fue premeditada y no la recomiendo como técnica. No obstante, ilustra que la receptividad sintonizada del terapeuta puede adoptar formas inesperadas.

En la asociación íntima que es la psicoterapia, nuestra voluntad de lucha no sólo sirve para proteger a ambas partes, sino para dar cabida a la protesta y al enfado del paciente. Dicho compromiso activo nos ayuda a sortear el escollo al que aludió sutilmente uno de mis pacientes: «¿Cómo puedo ser tan despreciable con lo agradable que eres tú?». El terapeuta que fija un límite o expresa de forma espontánea su descontento por la conducta del paciente puede ofrecer un contexto apropiado para desarrollar la percepción de que se puede conservar la individualidad en el vínculo sin perder la conexión.

Tras estos momentos potencialmente perturbadores, lo que resultará decisivo es el grado de «adecuación» o entendimiento intersubjetivo que se logre alcanzar entre las partes. El acontecimiento en sí, es decir, la expresión de enfado por parte del paciente o del terapeuta, es una cosa, mientras que el proceso a través del cual cuaja el significado es otra bien distinta. Normalmente es este seguimiento el que consolida el valor terapéutico del acontecimiento, sobre todo cuando el proceso implica una negociación que suaviza los resentimientos y restablece el sentido de unión o alianza entre ambas partes. Nótese aquí la sinergia entre varios aspectos clave de la «comunicación colaborativa»: la implicación activa conduce tanto a un diálogo inclusivo como a secuencias de disrupción y reparación.

La necesidad de luchar y de proporcionar de forma activa una estructura puede intensificarse en los pacientes que podrían describirse como desorganizados o irresolutos con respecto al trauma. Sin embargo, cono veremos, desde una fase temprana del tratamiento casi todos los pacientes se ven beneficiados si el terapeuta les brinda un atisbo de estructura.

La iniciación del paciente en la psicoterapia

Lyons-Ruth (1999) sugiere que el diálogo colaborativo implica «llegar a conocer la mente de otra persona y tenerla en cuenta a la hora de estructurar y regular las interacciones» (pág. 583). Al tener en cuenta la mente de los pacientes, debemos asumir que la mayoría requiere orientación para seguir las reglas y funciones de la psicoterapia, con las que no están

familiarizados. La iniciación de los pacientes supone un proceso en el que se les ayuda a involucrarse de forma activa en un vínculo imposible sin su colaboración. Gran parte de esta iniciación surge de forma implícita, por supuesto. Pero mantener el secretismo en cuanto a la estructura de la terapia es contraproducente para el paciente. Para fomentar la colaboración tenemos que ser explícitos con nuestros pacientes sobre lo que esperamos de ellos y lo que pueden esperar de nosotros. El vínculo terapéutico es único y sin parangón en la interacción social corriente, por lo que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de «instruir» al paciente para sacar el máximo partido del vínculo.

Al comienzo de la primera sesión suelo preguntar al paciente qué espera de este tipo de conversación continua con un terapeuta. Al cabo de unos minutos, si se desprende que podemos iniciar el tratamiento, añado que quizá tardemos unas cuantas sesiones en esclarecer sobre qué vamos a trabajar juntos. Los terapeutas a menudo nos movemos por una fina línea fronteriza entre la aceptación de los objetivos (o definición del problema), tal como los plantea el paciente, y la imposición de nuestros objetivos (o nuestra definición del problema). Por ejemplo, un paciente negador querrá que lo ayudemos a ser más autosuficiente, aunque nos parezca que le convendría ser menos compulsivamente independiente.

En posteriores sesiones, sobre todo cuando los pacientes no están seguros de cómo aprovechar al máximo el tiempo que pasan conmigo, puedo sugerirles que propongan lo que les parezca adecuado para los objetivos terapéuticos que hemos identificado. Mediante esta comunicación y otras similares pretendo que el paciente sepa lo que espero de él y cómo creo que podemos trabajar juntos de la forma más eficaz. En cuanto a lo que los pacientes pueden esperar de mí, mi comunicación es tanto implícita como explícita. Además de lo que expreso implícitamente a través de mi receptividad, suelo intentar ser explícito en cuanto a lo que creo que voy a hacer con ellos y por qué. Esta intención explícita puede resultar muy útil para la mayoría de los pacientes, pero sobre todo es esencial para aquellos que tienen un apego basado en la inseguridad o que se muestran irresolutos con respecto al trauma o a la pérdida, ya que, muy a menudo, les cuesta leer con precisión las propósitos de los demás a partir de los indicios exclusivamente no verbales.

La razón para explorar el vínculo terapéutico casi nunca es obvia para los pacientes. De ahí la necesidad de explicitar la importancia de prestar atención a las interacciones con el terapeuta como medio para alcanzar los objetivos del tratamiento. Para la mayoría de los pacientes, esa forma vital de trabajo (descrita formalmente como análisis de transferencia-contratransferencia) carece de sentido, ya que, como es comprensible, les interesa mucho más analizar los vínculos que mantienen fuera de la terapia. Por lo tanto, si aspiramos a que los pacientes hagan algo más que seguir nuestras directrices, es preciso facilitarles una explicación o, mejor aún, una demostración de la utilidad de este enfoque.

Lo más adecuado es relacionar los problemas u objetivos manifestados por el paciente con lo que sucede en el vínculo con el terapeuta. Veamos un ejemplo de lo que quiero decir:

> Una paciente me dijo en la primera sesión que sus relaciones con los hombres siempre fracasaban porque, en sus propias palabras: «Nunca he conocido a un hombre al que no pudiera encontrarle fallos». Su anterior terapia había empezado a darle alguna idea de este patrón de devaluación defensiva. En cuanto empezamos a trabajar, no me sorprendió que empezara a encontrarme fallos. Su queja era que tenía la impresión de que me mostraba frío e indiferente. Añadió que era algo que le preocupaba de cara al futuro ya que la «cabra siempre tira al monte». Llegados a ese punto, le dije algo así como: «Como recordarás, me comentaste que querías someterte a terapia con

un hombre para tener una idea más clara de cómo te relacionas con el sexo masculino. Apuesto a que si analizamos lo que está ocurriendo entre nosotros aquí y ahora podremos hacernos una idea de lo que ocurre en tus relaciones con los hombres fuera de este entorno. Lo digo porque puede que estés a punto de repetir conmigo el mismo patrón que, por lo que cuentas, ha condenado al fracaso tus relaciones con otros hombres». Estas palabras le llamaron la atención y nos indujeron a ahondar en los posibles paralelismos entre sus experiencias vividas dentro y fuera de la terapia. También le ayudaron a darse cuenta de que, al centrarse en nuestra interacción, podría tomar conciencia de ciertos aspectos de sus interacciones con los hombres que no había sido capaz de formular consigo misma ni conmigo.

Por lo general, es necesario mantener más de una vez este tipo de conversaciones para que los pacientes empiecen a colaborar con nosotros y se valgan de las enacciones de transferencia-contratransferencia que surgen en cada vínculo terapéutico. Naturalmente, el terapeuta es quien suele tomar la iniciativa, centrando la atención en la interacción del aquí y el ahora. El punto en el que los pacientes toman por primera vez la iniciativa de explorar su experiencia presente del vínculo, incluidas sus percepciones y sentimientos acerca del terapeuta, suele determinar la colaboración real.

Al abordar al paciente de esta forma, también allanamos el terreno para encontrar un enfoque efectivo de cara a los acontecimientos específicos del vínculo terapéutico que sean de especial importancia dentro del marco del apego.

Separaciones, interrupciones y terminación

La separación y la pérdida son tan esenciales como el apego en la teoría de Bowlby. De hecho, fue la necesidad de comprender la profunda repercusión de las experiencias de separación y pérdida en el desarrollo de los niños lo que condujo al desarrollo inicial de la teoría del apego. Teniendo en cuenta que el apego es vital para la supervivencia emocional y física del niño, la pérdida de la figura de apego, incluida la pérdida temporal que supone la separación, puede describirse como el trauma de apego prototípico. Por lo tanto, en el nuevo vínculo de apego del paciente, los acontecimientos que conllevan la pérdida real o temida del terapeuta, de forma temporal o permanente, provocarán normalmente sentimientos (o defensas contra esos sentimientos) directamente relacionados con el historial de apego del paciente.

Cuando el desarrollo se ve enturbiado por una pérdida o un trauma que quedan sin resolver, el paciente puede reaccionar ante las vacaciones del terapeuta, por ejemplo, como si se tratase de una amenaza de catástrofe. Un paciente mío, emprendedor y enérgico pero muy autodestructivo, se volvió paranoico y suicida durante un breve período la primera vez que mis vacaciones de verano interrumpieron nuestro trabajo. Al igual que muchos pacientes con un historial de pérdida no resuelta, no era capaz distinguir la separación temporal del abandono irreversible. Como suele ser el caso con estos pacientes, el progreso en la terapia de este hombre vino marcado por una atenuación gradual de su angustia ante nuestras separaciones. Poco a poco empezó a comprender que una pausa en nuestro vínculo no era lo mismo que una ruptura y que mi necesidad de descanso no significaba que quisiera alejarme de él.

Este tipo de progreso depende principalmente de la habilidad del terapeuta para dar cabida a las respuestas del paciente ante la pérdida que provocan las separaciones, incluida a veces la separación que se produce al finalizar la sesión. Una atención disciplinada al impacto de la separación fomenta el tipo de diálogo inclusivo que posibilita la integración. Trabajar con la

separación también es una forma de reparar las disrupciones del vínculo. Finalmente, tratar de forma efectiva las reacciones ante la separación contribuye a que el paciente confíe más en el vínculo como base segura.

No es nada raro que un paciente reaccione enérgicamente ante una separación sin darse cuenta de que su reacción ha sido desencadenada por el hecho de separarse. A menudo, sólo a través de nuestra atención continuada a las respuestas características del paciente ante la interrupción se puede aclarar el significado de esas respuestas. Pero, obviamente, no sólo es cuestión de significado. Cuando damos pie a las reacciones del paciente y respondemos en consonancia, permitimos que surja una nueva experiencia. Cabe aclarar que no son en sí la pérdida o el trauma los que producen el apego desorganizado, sino más bien la pérdida o el trauma que nunca se han resuelto. Cuando trabajamos con las reacciones del paciente al trauma potencial de una nueva pérdida (como la que supone las vacaciones del terapeuta, por ejemplo) aumentamos la probabilidad de que, en vez de volver a traumatizarse, encuentre una experiencia curativa de resolución.

Muchos de nuestros pacientes, como aquellos cuya experiencia acabo de describir, han sufrido en la infancia justamente el tipo de pérdida grave que se asocia, según las investigaciones, con un estado anímico irresoluto en cuanto al apego. Sin embargo, otro tipo de pérdida menos desorganizada es una característica común a la mayoría de nuestros pacientes, generalmente carentes de un apego seguro.

Para ofrecer un contexto, recordemos que los niños pequeños que han tenido que soportar un prolongado alejamiento de sus padres muestran una secuencia de reacciones característica (Bowlby, 1969/1982). Primero aparece la protesta: expresada de forma activa, a través del llanto y el enfado, como si la pura intensidad de la angustia del niño pudiera provocar el regreso del progenitor. Luego surge la desesperación: conforme disminuye la esperanza, el niño, aunque sigue triste, va quedando cada vez más callado e inactivo, como si se sumiera en un profundo duelo. Finalmente, cuando pierde toda esperanza, la desesperación deriva en el desapego: el niño, pese a su sociabilidad superficial e incluso su carácter jovial, parece ahora distante, aparentemente desprovisto de todo interés por el progenitor, cuya ausencia tanto acusó anteriormente.

La protesta, la desesperación y el desapego son fases de la respuesta a las pérdidas dramáticas que podrían describirse como agudas. Las pérdidas menos dramáticas que conforman la experiencia de muchos pacientes sin apego seguro son crónicas.

A menudo nos encontramos con que los adultos con un estilo de apego ansioso y preocupado han crecido con unos padres que se mostraron receptivos de forma impredecible: presentes o ausentes, moderadamente sintonizados o desmesuradamente desintonizados. Por lo tanto, dichos adultos sufrieron de niños la pérdida repetida de la figura de apego (disponible y sintonizada). Tanto entonces como ahora, su comportamiento ante el vínculo de apego, incluso con el terapeuta, refleja su temor ante dicha pérdida. Al igual que el niño en la fase de protesta, estos adultos son muy sensibles a las emociones, tanto como forma de reacción ante la amenaza de la pérdida como por una estrategia para conjurarla. Este tipo de pacientes exige que no nos dejemos afectar por su emocionalidad ni la descartemos como si se tratara de una manipulación. Hemos de dar cabida a su protesta –sus lágrimas y ira– sin confirmarles su percepción de que, solos, están desamparados.

En cambio, los adultos negadores se comportan como niños en la fase de desapego de la secuencia de Bowlby. Las investigaciones parecen indicar que, en muchos casos, estos adultos han tenido padres distantes en el plano emocional que rechazaron sus primeros intentos de acercamiento en busca de consuelo y conexión, por lo que, en su infancia, no se les permitió ser niños. El desapego de los adultos negadores respecto de los demás y de sus propios sentimientos es, por lo tanto, una respuesta a su anhelo desesperado por ser atendidos; también les brinda protección frente a otras pérdidas en el presente y a la tristeza que supone el legado de una pérdida pasada. Los pacientes negadores necesitan que los ayudemos a conectar con la necesidad que minimizan y con el sentimiento que eluden.

Por lo general, las pérdidas actuales les recuerdan las pérdidas del pasado. Para el paciente que pasa por psicoterapia, cada interrupción en la continuidad del vínculo es un desencadenante potencial de antiguos sentimientos y defensas, además de una oportunidad potencial para encarar asuntos inacabados en torno a la separación y al apego. En función de su estado anímico predominante con respecto al apego, los pacientes, al igual que nosotros, tienden a reaccionar ante la separación de distintas formas. A los pacientes y terapeutas con un estado anímico de preocupación les suele producir ansiedad la separación, mientras que los negadores suelen responder como si el hecho no fuera a producirse. Y, como ya he señalado, los adultos irresolutos pueden volverse desorganizados o desorientados al enfrentarse a la separación. Resulta vital que seamos conscientes de nuestras propias respuestas características ante la separación, si no queremos repetir con nuestros pacientes los escenarios problemáticos a los que nos hemos habituado. Un terapeuta negador, por ejemplo, puede «confabularse» con un paciente negador para tratar el tema de las separaciones como si éstas no revistieran importancia, lo cual equivale a afirmar que el apego en sí es irrelevante.

Naturalmente, la separación definitiva en psicoterapia se produce con el alta. Aunque los pacientes puedan volver (y a veces lo hagan) después de terminar la terapia, la conclusión del tratamiento es siempre un proceso con una enorme carga emocional y de gran potencial terapéutico. La experiencia dolorosa y agridulce de poner fin al nuevo vínculo de apego surgido con la terapia puede afectar profundamente. Así pues, la terminación del tratamiento brinda una nueva oportunidad para replantear y resolver los problemas pasados y actuales del paciente con respecto al apego y a la pérdida. Obviamente, la terminación no sólo conlleva una visión retrospectiva cargada de emoción, sino la posibilidad de despedirse de una forma que resulte lo más completa y sentida posible.

En los siguientes capítulos seguiré analizando las distintas categorías del apego, pero he aquí algunas generalizaciones que se asocian directamente con la terminación: (a) los pacientes preocupados por su temor al abandono y su exagerada indefensión tal vez necesiten que el terapeuta estructure el final de la terapia, cuando llegue el momento oportuno, y dé cabida a la consecuente protesta; (b) los pacientes negadores que evitan sus sentimientos y restan importancia a los vínculos pueden necesitar que el terapeuta les «cierre la puerta» para dar vía libre a la experiencia emocional que temen pero desean; (c) los pacientes irresolutos que tal vez quedan deshechos por la pérdida, pero también tienen terror a la soledad, acaso necesitan que el terapeuta justifique una terminación escalonada en la que se marchan «prematuramente» pero sabiendo que pueden volver (cosa que harán con alta probabilidad) al tratamiento cuando se considere necesario y tolerable.

La evaluación del estado anímico del paciente con respecto al apego

Reconocer el estado anímico predominante del paciente con respecto al apego puede facilitar al terapeuta la identificación de los principios organizadores primarios o las metáforas orientadoras que conforman típicamente no sólo los vínculos del paciente, sino las diversas facetas del yo.

Analicemos ahora a un paciente con un estilo de apego elusivo. Al haberse criado con unos padres distantes en el plano emocional, que mostraban rechazo y/o una actitud controladora, el paciente se trata y trata a los demás como lo han tratado a él. En sus vínculos suele ser el que rechaza, el que impone la distancia y tiende a ejercer el control. Rechaza sus sentimientos, se distancia de ellos e intenta controlarlos. Al experimentar inicialmente como suyos los objetivos y deseos, puede sentirse controlado por ellos y mostrarse, por lo tanto, proclive a rechazarlos. En pocas palabras, ha perdido el contacto consigo mismo y con los demás, al igual que lo perdieron sus padres con él. La metáfora orientadora aquí es la del autoaislamiento para evitar sentirse rechazado o controlado.

Mediante la identificación del estado anímico con respecto al apego, el terapeuta puede imaginar (de forma provisional) la infancia del paciente y hacer suposiciones documentadas sobre sus vínculos formativos. ¿Qué tipo de sentimientos, deseos, pensamientos y conductas podrían albergar estos vínculos? ¿Qué se vio obligado a negar o reprimir? ¿Qué estrategias relacionales y de regulación del afecto tuvo que adoptar para mantener el nexo de apego? Responder a estas preguntas puede ayudarnos a determinar lo que el paciente necesita de nosotros. Reconocer los sentimientos, deseos y aptitudes que el paciente ha tenido que negar o inhibir ayuda a esclarecer el tipo receptividad que deberíamos proporcionarle.

Existen varias maneras de identificar los patrones de apego predominantes en los pacientes. Por lo general, suelen transmitir un sentimiento diferente en función de su estado anímico con respecto al apego, y, en consecuencia, tendemos a sentir de distintas formas cuando estamos con ellos. Además, las categorías de diagnóstico familiares y fácilmente reconocibles (paciente obsesivo, histérico, límite, etc.) suelen corresponderse bastante bien con las clasificaciones del apego. No obstante, las pistas más valiosas para identificar los patrones de apego de nuestros pacientes surgen de la Entrevista de Apego Adulto (AAI, por sus siglas en inglés).

La evaluación clínica y la AAI

Aunque la AAI sea un instrumento de investigación, se estructura de forma muy parecida a la entrevista clínica. Al extraer conclusiones del relato del sujeto de la investigación durante la AAI, se hace hincapié en el proceso y en la forma más que en el contenido, al igual que debería ocurrir en la sesión inicial con un paciente. El contenido hablado no es en modo alguno irrelevante, pero la finalidad de la evaluación tanto en la investigación de la AAI como en la terapia radica en captar aquellos aspectos de la persona sobre los que no se puede hablar directamente, ya que el «estado anímico con respecto al apego» (Main, 1995, pág. 437) es producto de los modelos funcionales internos y de las normas que han codificado, por lo general inconscientes e implícitas. Por lo tanto, lo que resulta más revelador no es lo que alguien nos cuenta de manera explícita, sino lo que nos muestra implícitamente a través de su

discurso (Main, 2000).

A través de los ensayos con la AAI, que se han reproducido en numerosas ocasiones, Main demostró que el discurso coherente y colaborativo refleja modelos funcionales seguros y que, por el contrario, el discurso plagado de incoherencias, irrelevancias o lapsus en el razonamiento refleja modelos funcionales inseguros o desorganizados. El descubrimiento de que el discurso de una persona sobre el apego refleja sus modelos funcionales internos se puede aplicar directamente a la evaluación clínica en el entorno terapéutico. Junto con lo que enactúan, expresan y despiertan en nosotros, la forma en que los pacientes emplean las palabras revela, paradójicamente, aspectos de su experiencia que no se pueden verbalizar.

El paciente es, por definición, una persona que, inducida por la angustia, busca ayuda en alguien a quien se presupone mayor fortaleza y conocimiento. Así, las dos primeras sesiones de la psicoterapia (como ocurre en la Situación Extraña y la propia AAI) configuran un contexto orientado a activar la conducta de apego o las defensas contra dicha conducta. Acaso desde la primera llamada telefónica e indudablemente al entrar en la consulta del terapeuta, el paciente empieza a mostrarnos su forma característica de buscar afecto. Resulta oportuno escuchar la forma en que el paciente se dirige a nosotros, ya que los estudios sobre la AAI han codificado las formas características en que tienden a comunicarse los adultos seguros, negadores, preocupados o irresolutos.

¿Qué grado de coherencia hay en la comunicación del paciente? ¿Y qué grado de colaboración existe? Para identificar el estado anímico del paciente con respecto al apego, éstas son las preguntas clave que no podemos pasar por alto al escuchar. Teniendo en cuenta las indicaciones derivadas de la AAI, tenemos que abordar cuatro aspectos del discurso del paciente que Main –siguiendo al filósofo Paul Grice (1989)– denomina calidad, cantidad, relación y modo.

Con respecto a la *calidad*, incidimos en la sinceridad del paciente: ¿tiene pruebas de lo que está diciendo? ¿O nos quedamos con la sensación de que las afirmaciones del paciente no respaldan o incluso contradicen lo que manifiesta más adelante?

Con respecto a la *cantidad*, ¿consigue el paciente comunicarse de manera sucinta, aunque completa? ¿O nos abruman los detalles superfluos o nos desconcierta la brevedad de las respuestas a nuestras preguntas?

En cuanto a la *relación*, ¿consigue mantener la relevancia de cara al tema que estamos tratando? Ésta es otra forma de preguntar si el paciente puede sintonizar con su propia experiencia sin perder de vista nuestras preguntas.

Finalmente, con respecto al *modo*, ¿se comunica el paciente de forma clara y ordenada? ¿O parece impreciso, confuso (o confundido) y/o ilógico?

Por lo general, los pacientes seguros comunican con sinceridad y precisión, además de ser pertinentes y claros. Pueden hablar con conciencia y claridad sobre experiencias emocionalmente evocadoras. Parecen capaces, aun cuando están absortos en un fuerte sentimiento, de no perder el contacto con el terapeuta y de ser conscientes de la finalidad de la conversación.

Por el contrario, a los pacientes negadores les cuesta mucho ser coherentes y colaborativos. En concreto, tienen dificultad para ser sinceros: no logran corroborar lo que afirman y a veces

se contradicen. También son demasiado escuetos y tienen muy poco que decir sobre las experiencias relacionadas con el apego. A veces incluso afirman que sencillamente no se acuerdan. Es muy probable que la insistencia en la ausencia de recuerdos vaya unida al contexto relacional en que se desarrollaron sus hábitos de representación: para mantener el mejor apego posible, les sirvió no ser conscientes y no recordar deseos, sentimientos o experiencias relativos a la necesidad de conexión.

Por lo tanto, los pacientes negadores pueden tener muy poco que decir sobre las dificultades que los llevaron hasta la terapia; la comunicación de tales dificultades entraña un riesgo, dado que puede activar el sistema de apego. En consonancia con la observación de que las transcripciones de los adultos negadores en la AAI suelen ser las más cortas, los pacientes negadores suelen guardar silencio, dejando que el terapeuta rellene el vacío.

La comunicación de los pacientes preocupados supone un gran contraste: aunque sean sinceros, raras veces son concisos, relevantes o claros. Sus sentimientos intensos y problemáticos, especialmente los asociados al apego pasado, suelen conducir a un relato tangencial, confuso o difícil de seguir. Como si la presión de su angustia anulara su capacidad de colaborar, estos pacientes parecen no encontrar la forma de ceñirse a los temas sobre los que les preguntamos. No es de extrañar que la sesión acabe antes de que consigan llegar al meollo de la cuestión. Si se les pregunta por sus vínculos de la infancia, pueden acabar hablando de los actuales y viceversa. Los antiguos sentimientos de ira, miedo o impotencia en relación con sus padres parecen salpicar sus vínculos actuales, incluido el que mantienen con el terapeuta.

Hace no mucho tiempo, recibí de una paciente preocupada un interminable mensaje telefónico que se cortó cuando se acabó el tiempo de mi contestador automático. La paciente empezó hablando en un tono muy adulto, pero poco a poco se fue convirtiendo en la voz de una niña muy desdichada. Tan preocupada estaba la paciente por los apegos no resueltos de su pasado que los conseguía arrastrar al presente en una suerte de búsqueda similar a la de un niño pequeño que suplica ayuda a un padre indiferente.

Como sugiere este ejemplo, los estados anímicos de preocupación a veces se solapan con los no resueltos, sobre todo por la forma en que la absorción en los acontecimientos perturbadores del pasado puede empañar la comunicación en el presente. La comunicación de los pacientes con apegos no resueltos viene determinada por lo que Main (1995) denomina «lapsus en la monitorización del razonamiento o del discurso» (pág. 442). Al abordar el apego y las cuestiones relativas al trauma o la pérdida, el discurso de estos pacientes se puede apartar brevemente del razonamiento habitual sobre el espacio, el tiempo y la causalidad. A la paciente que acabo de describir le preocupaba que su madre hubiera muerto porque había dejado de pensar en ella; otro paciente hablaba de su padre, fallecido hacía tiempo, como si siguiera vivo.

Los lapsus en el discurso se pueden reflejar en cambios bastante bruscos en el tono de voz o en la actitud del paciente, hasta el punto de que sugieren que ha entrado en un estado de conciencia diferente y disociado. Y, de hecho, la disociación es una característica frecuente de la experiencia de los pacientes con apego no resuelto. El paciente puede parecer de repente distraído o empezar a hablar en tono susurrante. También es posible que un paciente que ha empezado a hablar acerca de una experiencia perturbadora sentado se acabe reclinando en el diván, mirando al terapeuta o incluso mirando a otro lado.

En las páginas que siguen me centraré en las implicaciones terapéuticas que se derivan del reconocimiento de que el estado anímico predominante del paciente con respecto al apego es negador, preocupado o irresoluto. En concreto, analizaré el tipo de vínculo que podemos promover deliberadamente con el fin de integrar los aspectos disociados o negados de su experiencia.

12 El paciente negador
Del aislamiento a la intimidad

En términos diagnósticos convencionales, los pacientes negadores constituyen un continuo en cuyos extremos se sitúan, respectivamente, los narcisistas y los esquizoides. Tales pacientes tienen enormes dificultades para confiar en los demás lo suficiente como para intimar con ellos de forma auténtica, aunque construyan vínculos estables y duraderos. Y no es mayor su intimidad consigo mismos. Su «autosuficiencia compulsiva» (Bowlby, 1969/1982) y sobreestimación defensiva de su propia valía imponen la necesidad de ahuyentar los sentimientos, pensamientos o deseos susceptibles de provocar la búsqueda de apoyo, conexión o cariño de los demás.

Sin embargo, no pueden extinguir la necesidad biológica de apego. En el contexto de la AAI los adultos negadores pueden afirmar que sienten que «todo va bien», aunque los indicadores fisiológicos lo desmientan, al igual que los niños elusivos muestran un escaso nivel de angustia en la Situación Extraña al tiempo que el ritmo cardíaco y las hormonas del estrés revelan otra cosa (Fox y Card, 1999). Los pacientes negadores son reacios a sentir las emociones que los impulsan a conectarse profundamente con los demás, y más reacios aún a expresar tales emociones. Sin embargo, sólo a través de una conexión emocional con estos pacientes podemos entablar con ellos un tipo de vínculo que posibilita el cambio. Aquí la clave consiste en seguir el afecto.

Tenemos que sintonizar profundamente con los sutiles indicios afectivos del paciente narrador, datos que suelen comunicarse a través del cuerpo. ¿Qué se ve en los ojos del

paciente? (¿Aparta la mirada, posiblemente por vergüenza, o mira hacia abajo, como si estuviera triste? ¿Se le humedecen los ojos, como si se emocionara? ¿Levanta los párpados superiores, como en un gesto de enfado?) ¿Qué se observa en el conjunto de la mandíbula, la boca o la frente del paciente? ¿Qué expresa su postura? ¿Y qué cabe inferir de su tono de voz?

Debemos sintonizar también con algo, si cabe, más importante: los cambios sutiles en nuestro estado psicobiológico mientras estamos con el paciente. Porque los pacientes suelen evocar inadvertidamente en el terapeuta lo que son reacios a sentir. Los cambios en nuestra experiencia interna raras veces son ajenos a la experiencia emocional del paciente. La atención a nuestra experiencia interna es especialmente fructífera cuando nos permitimos sentir de forma bastante deliberada y a la vez no estamos totalmente preocupados por la ocultación de nuestros sentimientos. (Las investigaciones de Recall Ekman ponen de manifiesto que la adopción de una cara de póquer no sólo atenúa la expresión sino también la experiencia de la emoción). Si aportamos nuestros sentimientos a la terapia de los pacientes negadores, podemos ayudarles a integrar sus propios sentimientos disociados.

Ahora bien, para que la psicoterapia aporte la base segura que posibilita tal integración, el terapeuta tiene que importarle al paciente, y esta condición es contraria a la estrategia desactivadora del paciente negador, que consiste en atenuar la importancia de los demás. Por lo tanto, el reto principal consiste en propiciar que al paciente le importe el terapeuta.

Por lo general, al principio del tratamiento este tipo de paciente se comporta como si el terapeuta no tuviera nada que ofrecer o representase una amenaza peligrosa de la que tiene que protegerse. Es una pescadilla que se muerde la cola, porque las barreras del paciente contra el sentimiento le imposibilitan compadecerse del terapeuta, al tiempo que la relativa insignificancia del terapeuta para el paciente refuerza las barreras contra el sentimiento. Por supuesto, ésta es la esencia de la estrategia defensiva del adulto negador ante su problema vital más amplio. La limitación autodefensiva de los sentimientos y la elusión de la intimidad generan las dificultades emocionales y relacionales que suele traer el paciente a la terapia.

Para salir del círculo vicioso es preciso alcanzar un equilibrio entre la sintonía empática y la confrontación. Por lo general, los pacientes necesitan el primero de estos dos elementos para sentirse comprendidos. El paciente negador, en concreto, necesita el segundo elemento para sentir que existimos, que podemos influir en él y que puede ejercer influir en nosotros. Para llegar verdaderamente al paciente negador, tenemos que transmitirle que nos afecta.

Empatía y confrontación

Tanto la sintonía empática como la confrontación se orientan al objetivo esencial de lograr la apertura del paciente a su experiencia emocional. Por lo que respecta al sentimiento, el paciente negador es en gran medida un sistema cerrado, pues ha aprendido que el reconocimiento y la expresión de la angustia derivan en frustración o algo peor.

La verbalización de nuestra empatía por la experiencia del paciente puede atenuar su miedo a que lo controlemos o rechacemos, en cuyo caso tal respuesta será tranquilizadora. Pero también nos puede salir el tiro por la culata. Los pacientes negadores, cabe suponer, apenas conocieron la empatía de las figuras de apego durante la infancia. En consecuencia, nuestra comunicación empática les puede sonar a chino; pueden experimentarla como un precario

sustituto de la ayuda «real» («¿Eso es todo lo que me puedes ofrecer?»); o bien, dado que la empatía puede suscitar múltiples amenazas asociadas con la proximidad y la dependencia, pueden verse impulsados inconscientemente a rechazarla.

Aunque suelo reaccionar con empatía, convencido de que aporta un trasfondo continuo y esencial de seguridad, observo que, para conectar con los pacientes negadores en las primeras fases del tratamiento, se requiere algo más que un reflejo empático y, por lo tanto, algo más que la interpretación. Ese «algo más» es la expresión deliberada o espontánea de nuestra experiencia subjetiva acerca de cómo se recibe la comunicación del paciente. Esto es lo que denomino confrontación.

Dejar entrar al paciente en nuestra experiencia del vínculo significa revelar parte de lo que sentimos, además de mostrar ciertas emociones que son especialmente importantes para los pacientes que sienten muy poco acerca de sí mismos. Su autoconsciencia se ve profundamente limitada por lo que no se permiten sentir, pensar o recordar. Sus experiencias preverbales no están al alcance de la memoria explícita y sus recuerdos posteriores nunca han podido codificarse, debido a la desactivación de las emociones fuertes que por lo general «etiquetan» la experiencia como digna de recuerdo.

No obstante, aquello a lo que no tienen acceso estos pacientes en su interior puede evocarse en los demás, incluido el terapeuta. De este modo, nuestra experiencia subjetiva puede aportar una vía fundamental para llegar a los sentimientos, pensamientos y recuerdos por lo demás inaccesibles. Además, puesto que la estrategia defensiva de los pacientes negadores compromete su capacidad de empatía y, a su vez, bloquea su consciencia del impacto que causan a los demás, nuestra experiencia subjetiva puede ser un recurso vital extraordinario cuando se les divulga.

Recordemos el caso del paciente que comenté en el capítulo 8 –un ejecutivo enérgico y bastante intelectual–, con el cual tuve que «blindar» mis palabras como si me enfrentarse a una amenaza de demanda judicial. Cuando revelé esta experiencia a «Gordon», se quedó atónito. Le pareció que yo estaba verbalizando su propia experiencia de sensación de peligro, una experiencia que hasta entonces era incapaz de expresar con palabras, pero que le había impulsado a «acorazarse» en el trabajo, por miedo a ser juzgado o atacado. Recordó que su madre, superviviente del Holocausto, presuponía que él debía sentirse ansioso en el trabajo («Debes de ser el único judío que hay ahí»). Su sensación de su entorno constituía una amenaza era el legado de la historia personal de su madre, la consecuencia probable de la transmisión intergeneracional del trauma. Confrontar a los pacientes como Gordon con la experiencia del terapeuta acerca del vínculo con ellos tiene el potencial de conectarlos con su propia experiencia emocional y de iluminar el impacto que ejercen sobre los demás.

A veces, pero en modo alguno siempre, la confrontación tiene el matiz brusco que sugiere la palabra. Anteriormente he mencionado a una paciente algo reacia que en una de las primeras sesiones dejó claro que todos mis gestos y palabras de sintonía comprensiva le resultaban totalmente inservibles. Ante mi apertura empática, reaccionaba como si yo fuera un adversario con quien tuviera que mostrarse cada vez más desdeñosa. Al cabo de veinte minutos de esta interacción inútil y frustrante, le dije (con cierta acritud) que empezaba a exasperarme con ella y que, como ésta no era mi reacción habitual con ella, teníamos que entender exactamente lo que estaba sucediendo. La paciente, desconcertada, se serenó y luego reconoció que sus

vínculos en casa y en el trabajo a menudo se dañaban por su tendencia a caer en la controversia y, a veces, en la intimidación del otro.

Tales pacientes, sobre todo en las primeras fases del tratamiento (aunque no exclusivamente), tienen un pie dentro (si acaso) y un pie fuera. Se muestran «resistentes» en la acepción problemática del término, es decir, actúan de forma opuesta al terapeuta o a los objetivos de la terapia. Pero la lectura de la aparente resistencia del paciente negador como *comunicación* resulta mucho más útil y verdadera para la experiencia del paciente. Al mostrarse reacios, indiferentes o controladores, estos pacientes transmiten sus miedos a la intimidad y la dependencia. Como ponen de relieve las investigaciones acerca del apego, los pacientes negadores tienen motivos para haber desarrollado tales miedos. En el contexto de su historia de apego, reconocer la necesidad de ayuda era una invitación al rechazo o a la humillante aceptación de la insuficiencia.

Necesitar ayuda y no encontrarla entraña siempre un riesgo, pero recibirla puede representar un riesgo aún mayor. Sentirse ayudado en un vínculo significativo es como arriesgarse a desestabilizar un modelo funcional consciente dominante en el que se valora el yo como fuerte y completo, mientras que se devalúa al otro como débil y dependiente. Lo que emerge en su lugar es el modelo inconsciente temido en el que el yo se halla indefenso y vulnerable mientras que el otro es desdeñoso, controlador o punitivo; bajo el influjo de este modelo, el paciente tiende a sentirse enfadado y ansioso. Además, experimentar al terapeuta como alguien que puede y quiere ayudar suscita una terrible tristeza en relación con otras figuras de apego que no supieron o no pudieron prestar ayuda.

La psicoterapia pone en apuros a los pacientes negadores al invitarlos implícitamente a depender de una nueva figura de apego de cuya ayuda no esperan ninguna utilidad. Los terapeutas podemos empezar a desmentir esta falsa expectativa cuando oscilamos entre el esfuerzo por sintonizar con la experiencia del paciente y el reconocimiento –así como la revelación– de nuestra propia experiencia. Tal vez convendría aclarar aquí que lo que parecen dos modos opuestos de receptividad casi siempre interactúan entre sí.

Al fin al cabo, si soy capaz de comprender al paciente y de empatizar con él es, en gran medida, a partir de mi propia experiencia. En este sentido suelo decirle al paciente, a modo de preámbulo, que mi comprensión de él proviene de aquellas experiencias mías que pueden ser (o no) relevantes para la suya. Además, en el proceso de autorrevelación deliberada suelo sentir una mayor sintonía con el paciente, así como una mayor proximidad. A la inversa, la experiencia de empatizar decir con el paciente, y de expresar a veces directamente esa empatía, me induce a sentir un mayor autoconocimiento y una mayor conexión conmigo mismo.

La interacción terapéutica y el paciente negador

Una expresión auténtica de la subjetividad del terapeuta puede ser necesaria para que el paciente negador *sienta* la presencia del terapeuta como persona independiente. Esto es especialmente cierto cuando el paciente ha experimentado el rechazo o la ausencia emocional de sus padres, en cuyo caso las respuestas afectivas del terapeuta pueden ser un respaldo y un elemento de sosiego. Incluso cuando el paciente se ha sentido controlado por sus padres y en

consecuencia se ha vuelto introvertido, puede ser importante que perciba al terapeuta como un ser humano a veces vulnerable que tiene la capacidad de sentir y expresar sentimientos.

Sobre todo cuando los pacientes negadores están más distanciados, necesitan el estímulo o el ánimo que les puede aportar la expresión afectiva sustancial de la subjetividad del terapeuta para estar presentes; en cambio, cuando los pacientes están más implicados y accesibles en el plano emocional, pueden necesitar que el terapeuta esté a su lado, por así decirlo, para ayudarles a sentir más profundamente y a comprender su experiencia. Los riesgos de la autorrevelación del terapeuta son reales, pero también entraña riesgos su actitud controlada o reservada, como una pantalla en blanco. Los terapeutas típicamente neutrales u «objetivos» (sobre todo aquellos que tienen un estilo de apego negador) pueden entrar en connivencia con las defensas del paciente negador, reforzando inadvertidamente el aislamiento emocional que ha obstruido el desarrollo del paciente.

No se trata de que el terapeuta se sincere con un aluvión de confesiones, sino de que comunique la experiencia de una forma que resulte útil para el paciente. Naturalmente, este proceso supone a veces un importante desafío. Aunque el paciente negador permanezca ajeno a numerosos sentimientos, la ira no es inaccesible. A diferencia de la tristeza, por ejemplo, el enfado contribuye al distanciamiento. Y, cuando se expresa a través de la devaluación explícita (o encubierta) inherente a la estrategia desactivadora del paciente, esa ira acaba provocando fuertes sentimientos en el terapeuta.

Qué sentimientos son y de qué modo se expresan depende en gran medida de los patrones de apego de los terapeutas. Aquellos que tienden al polo negador pueden enfriarse o distanciarse. O pueden volverse controladores. O también pueden interpretar, añadir perspicacia a la herida, por así decirlo. Los terapeutas preocupados, en los que prima un profundo miedo al abandono, pueden sentir un abatimiento imposible de ocultar o pueden enfurecerse.

Lo ideal es que seamos lo bastante seguros como para transmitir parte de nuestros sentimientos, con un grado de afecto suficiente para llegar al paciente en un plano emocional. Evidentemente, no dominamos por completo (ni debemos dominar) las emociones que suscita nuestra interacción con el paciente. A veces nos excedemos y a veces nuestras respuestas reflejan el distanciamiento o el hipercontrol del paciente. Con el fin de reconocer y comprender los patrones característicos de transferencia y contratransferencia que tienden a surgir con los pacientes negadores, la receptividad no constituye una garantía, pero puede ayudar.

Destacan tres patrones fundamentales, cada uno de ellos asociado con una historia de apego elusivo un tanto diferente. Un patrón se manifiesta con los pacientes cuya primera línea de defensa es la evaluación, el segundo se da con los pacientes que (inicialmente) idealizan, y el tercero con aquellos cuya consigna es el control. Por lo general experimentamos más de un patrón con el mismo paciente, pero en las primeras fases de tratamiento suele predominar una; como representa la primera línea de defensa del paciente, suele reaparecer en los momentos de dificultad dentro y fuera de la terapia. Y como el vínculo terapéutico es cocrado, nuestras propias características de apego influyen inevitablemente en el paciente. Si tenemos la necesidad de que nos idealicen, por ejemplo, es más probable que el paciente opte por idealizarnos.

El patrón devalutorio

Los adultos negadores en pareja han sido descritos (Goldbart y Wallin, 1996) como «recelosos de la fusión» y, dentro de este grupo, los que devalúan se han caracterizado como «los recelosos de la fusión que sabotean el amor» (p. 93). En los términos diagnósticos convencionales, estos pacientes suelen categorizarse como «narcisistas». Por lo general son hijos de padres con carencias y con un narcisismo devaluatorio, por lo que se han criado en un desierto emocional. Al adoptar las defensas de sus progenitores, han aprendido a protegerse de sus necesidades insatisfechas y de su airada frustración pensando demasiado bien acerca de sí mismos y demasiado mal de los demás.

Sin embargo, con el tiempo, las falsas ilusiones que protegen y reconfortan a estos pacientes pueden ser un vano sustituto del amor. Pero la intimidad auténtica puede sacar a la luz los sentimientos de ira y anhelo dependiente que sus padres no toleraban. En consecuencia, su respuesta ante un vínculo potencialmente íntimo es similar a la de un hombre hambriento que en un banquete dice para sus adentros que la comida no es lo bastante buena y, por lo tanto, se niega a comer.

Lo que debemos tener en cuenta con respecto a los pacientes negadores es que la propaganda autogenerada sobre *su* perfección –o sobre *nuestra* imperfección– les aporta una peliaguda protección ante la pena. Por muy vital que parezca esta protección en un plano inconsciente, es también autodestructiva y, como tal, requiere atención terapéutica.

No obstante, más eficaz que la concentración directa en la hostilidad protectora de los pacientes son los comentarios que ponen de relieve su dificultad para que los demás les importen. En la terapia, esa dificultad se refleja en los esfuerzos (a menudo inconscientes) del paciente por que el terapeuta no adquiera demasiada importancia para él. Cuando se acerca una inminente interrupción del tratamiento, por ejemplo, el paciente puede cancelar sesiones o hacer algún comentario sobre el dinero que se ahorrará durante la ausencia del terapeuta, como para convencerse de lo poco que echará de menos la terapia.

> Cuando llevaba algo más de un año de vínculo con un paciente de este tipo, comenté su modo sorprendente de iniciar y acabar las sesiones. Al entrar en la consulta, se me acercaba a grandes zancadas, me entregaba su cheque sin siquiera mirarme y a veces cerrando los ojos por un instante. Al marcharse, salía con aire decidido a toda prisa y en silencio, dándome la espalda en respuesta a mi habitual «cuídate» o «hasta la próxima sesión».
>
> Al margen de la exclusión y el desaire que suponía para mí dicha conducta, me limité a describírsela y sugerí que probablemente tenía algún significado. Al oír lo que yo le decía, inicialmente intentó normalizar su conducta, señalando que en la mayor parte de sus vínculos profesionales mostraba una especie de «hosquedad militar». Sin embargo, cuando exploramos esta experiencia, salió a la luz que se sentía incómodo con la dimensión «personal» de estos vínculos.
>
> La terapia, por ejemplo, se acercaba al final, señaló, así que ¿por qué iba a adoptar una actitud demasiado personal o estrecha aquí? Reconoció que le costaba entablar vínculos de confianza y relató que su madre probablemente le aportó el modelo de esta conducta, así como la correspondiente justificación. La madre solía retirarse a su dormitorio sin el menor gesto o palabra de despedida. Tampoco había ningún signo de reconocimiento ni de bienvenida cuando él llegaba del colegio: la madre permanecía encerrada en su habitación en silencio; él tenía la sensación de que llegaba a una casa vacía.

Con los pacientes que adoptan una actitud devaluatoria con fines defensivos, de forma implícita (como en este caso) o explícita, podemos enactuar algunas respuestas diferentes. En un estado anímico negador, podemos responder a la transferencia devaluatoria del paciente con

una contratransferencia devaluatoria o airada. En cambio, cuando nos encontramos en un estado anímico preocupado, podemos sentirnos vulnerables y responder como si la devaluación del paciente estuviera motivada por nuestra insuficiencia: si el paciente no acepta que le importemos, tal vez es porque no tenemos nada importante que ofrecerle. En cualquier caso, si somos capaces de soportar la incomodidad del paciente por sentirse «desprotegido» y nuestra propia incomodidad por la perspectiva de sufrir una mayor devaluación, tenemos la oportunidad de explorar un patrón de *vínculo* importante (de carácter defensivo) que define las interacciones del paciente no sólo con el terapeuta sino con los demás.

El patrón idealizador

Los pacientes negadores que idealizan, al igual que los que devalúan, se han criado con padres notablemente inseguros y ensimismados. Al percibir que las necesidades narcisistas de sus padres siempre tienen preferencia, tales pacientes de niños descubren que pueden encontrar un oasis en el desierto emocional si satisfacen tales necesidades. Ayudando sus padres a que se sientan especiales, también ellos se sienten especiales, y evitar el riesgo de caer en la dependencia o el enfado.

El conocimiento de este patrón adaptativo de la infancia nos aporta una vía para comprender la proclividad de algunos pacientes negadores a idealizarnos. Es esencial tener en cuenta que la admiración de estos pacientes es exagerada porque viene sobredeterminada. Por muy extraordinarios que seamos, en cierto nivel los pacientes perciben que su admiración por nosotros es obligatoria. «Saben» que para mantener el vínculo tienen que afianzar lo que imaginan –o perciben– como nuestro inestable equilibrio narcisista. Por lo general, tales pacientes nos ocultan (y a veces también se ocultan) la presuposición implícita de que el terapeuta tiene pies de barro y necesita apoyo. Este postulado tácito aporta al vínculo con el terapeuta un carácter «simulado» y mantiene la distancia. Desde esta perspectiva, los pacientes idealizadores, aunque *parecen* mucho más implicados que los devaluatorios, en realidad no son menos elusivos.

Probablemente tenemos que ser tan respetuosos con la necesidad de idealización de tales pacientes como con la necesidad de devaluación de los otros, y debemos implicarnos en igual medida para abordar la defensa de un modo que sea útil para el paciente. Hace muchos años aprendí una lección lamentable sobre los peligros que entraña no actuar así:

> Tras una larga terapia, aparentemente exitosa, un paciente al que llamaré Andrew constató una profunda y amarga realidad: a saber, que su vínculo conmigo había reproducido el vínculo forzosamente idealizador con su madre narcisista, una mujer imponente y sólo superficialmente accesible, que al parecer requería y recibía la admiración de todo su entorno.
>
> Este paciente concluyó de forma abrupta y airada el tratamiento, acusándome de estar ciego a esta dimensión de nuestro vínculo (presumiblemente por mi propia necesidad de ser idealizado) y a las limitaciones que tal dimensión había impuesto al tratamiento. Años después, me encontré con Andrew y le dije que, después de reflexionar durante un tiempo, había concluido que tenía razón. Yo había estado ciego a la enacción y sordo a sus palabras anteriores que me suplicaban una mayor implicación emocional con él, una mayor autorrevelación y autorreflexión.[1]

Al igual que la devaluación, la idealización puede estar impulsada por una necesidad más o menos inconsciente. Pero así como la devaluación viene motivada principalmente por la necesidad de evitar la dependencia, la idealización responde a la necesidad del paciente de

mantener la sociedad de admiración mutua y bipersonal que ha aprendido a utilizar para reforzar su sentido de la singularidad. La comprensión de este proceso nos indica que, en lugar de cuestionar la idealización del paciente, debemos centrarnos en su preocupación por nuestra vulnerabilidad y en su conclusión de que necesitamos apoyo y protección respecto de sus dudas sobre nuestra condición «idealizable».

Los terapeutas preocupados pueden sentirse incómodos con la idealización de sus pacientes y, en consecuencia, pueden verse obligados a pinchar el globo que el paciente ha inflado para mantenerlos a los dos en alto. En cambio, los pacientes negadores pueden tomarse al pie de la letra la idealización de los pacientes y disfrutarla en exceso como para advertir que forma parte de un patrón relacional defensivo. La percepción de nuestra incomodidad o nuestro placer ante la admiración que muestra el paciente puede ser una clave de la presencia de la idealización.

El patrón de control

Algunos pacientes negadores pueden convertir su vínculo con el terapeuta (y con los demás) en una lucha por el poder. Estos individuos, a menudo caracterizados como «personalidades obsesivas», parecen obsesionados con el control y el miedo a ser controlados. No es de extrañar que tales pacientes se hayan criado con padres controladores, bruscos y maniáticos que reprimían su propia ira y se sentían incómodos ante el contacto físico estrecho. Probablemente eran padres poco tolerantes ante la angustia, el desorden o las rabietas de los niños. No obstante, a diferencia de los padres de los pacientes devaluatorios e idealizadores, estos otros reaccionaban más con el control intrusivo que con el alejamiento airado o el rechazo. De niños estos futuros pacientes sobrellevaban la situación de los modos. El primero consistía en alejarse todo lo posible de sus sentimientos, como sucede en todas las personas que adoptan defensas negadoras. El segundo era la resistencia (a menudo encubierta) contra el control de sus padres, como si se apartasen de la arriesgada búsqueda de consuelo y conexión con una preocupación por la lucha contra la impotencia.

En la psicoterapia de dichos pacientes, las cuestiones relativas al poder y el control aparecen con una frecuencia exasperante. Podemos sumirnos en discusiones acerca de la tarifa, el horario o el modo en que trabajamos con el paciente. Entretanto, el paciente suele ver al terapeuta (que en muchos casos se siente bastante atribulado) como una figura controladora decidida a imponer su voluntad. La clave radica en identificar el significado de todos estos conflictos para el paciente. A menudo representan un revanchismo contra sus padres, por así decirlo, así como la elusión de las cuestiones subyacentes relativas al apego: a casi nadie le gusta estar cerca de aquellas personas que asedian.

El reto con estos pacientes no consiste en evitar las luchas por el control a través de la sumisión ni tampoco en intentar dominarlos. La enacción de lo primero nos infundirá resentimiento. La enacción de lo segundo puede hacernos sentir culpables. Ninguna de estas dos alternativas semeja terapéutica a simple vista; sin embargo, si somos conscientes de nuestro papel en la enacción, ambas pueden abrir la exploración significativa de la lucha por el control, tal como se ejemplifica en el siguiente resumen clínico:

«Selena» era una paciente con la que la tarifa era un asunto muy controvertido. Era una empresaria en tiempos de vacas flacas, y estaba decidida, según sus propias palabras, a que no la vampirizasen. Con el fin de posibilitar la

terapia y después de saber lo que podía gastar, le propuse una tarifa reducida. Para ella seguía siendo alta. Me hizo una contraoferta. Yo la acepté.

Sin embargo, al cabo de cierto tiempo supe que la paciente tenía considerables activos financieros que no me había revelado. En este contexto, le sugerí que revisáramos la cuestión de la tarifa reducida. Esta sugerencia provocó que la paciente se sintiera traicionada, explotada y vulnerable. Después de quejarse de que yo me aprovechaba de su sinceridad, añadió que no debería haber confiado en un terapeuta que ya había mostrado desde el principio un interés crematístico excesivo. Poco después interrumpió el tratamiento. Sin embargo, un par de años después regresó, y, aunque su economía personal había mejorado algo, yo acepté una tarifa reducida (aunque no tan reducida como antes). De pronto su negocio despegó de una manera espectacular.

Durante más de un año no comenté nada sobre la tarifa, y ella tampoco. Me parecía que su extrema susceptibilidad a sentirse explotada era motivo suficiente para no abordar la cuestión. Al final comprendí que mi reticencia también estaba impulsada por el miedo a despertar ira y suspicacia en Selena, y que al guardar silencio experimentaba una variante moderada de sus mismos sentimientos de ira, distancia y vulnerabilidad a ser objeto de explotación. Tardé otro mes en dar el paso de comunicarle que iba a subir la tarifa.

Con una sonrisa un tanto culpable, me dijo que llevaba tiempo preguntándose cuándo iba a tomar tal determinación. Me preguntó que si sólo se la subía a ella o también a los demás pacientes. Respondí que ya les había subido la tarifa a los demás pacientes un tiempo antes, pero que con ella me lo había pensado más por lo mucho que le había afectado este tema en la primera etapa de la terapia. Ella me dijo que le conmovía que tuviera tan en cuenta sus sentimientos.

Aunque estaba tentado de dejar intacta mi buena imagen recién recuperada, seguí adelante y le dije que, en realidad, lo que me había disuadido era el miedo de despertar sus sentimientos de ira y traición, sentimientos tan intensos que anteriormente habían imposibilitado la continuidad de la terapia. Con todo, añadí, este silencio también me alejó de ella más de lo deseable.

Le pregunté qué impresión le producía lo que acababa de decir. Me dijo que me agradecía que no le hubiera subido la tarifa con anterioridad, antes de que se sintiera tan confiada como ahora. Pero también le intrigaba y le inquietaba saber que su vida y su suspicacia potencial podían tener un efecto tan problemático en mí y, por extensión, en sus vínculos con otras personas. Curiosamente, había olvidado por completo que su abandono de la terapia se había visto motivado por la cuestión de la tarifa.

La lucha por el control no significa lo mismo para todos los pacientes. La pérdida del control puede equivaler a una amenaza para la identidad, la autosuficiencia o la autonomía del paciente. La renuncia al control (o incluso su distribución equilibrada) puede percibirse como una claudicación o sumisión. Para Selena –sobre todo en la fase inicial de la terapia– la sensación de sometimiento al control percibido del otro en un vínculo equivalía a una sensación de peligro. Con el avance del tratamiento, empezó a comprender que su sensación de peligro era menos real que su preocupación por sentirse próxima, vulnerable y dependiente. En suma, aunque la cuestión del control aquí tiene importancia de por sí, como sucede con muchos pacientes negadores, al mismo tiempo es un refugio ante los riesgos asociados con la intimidad y el apego. A medida que avanza la psicoterapia y se consolida el vínculo con el paciente, el foco se desplaza desde la agresión hacia el amor, desde los riesgos de ser controlado o de controlar hacia los riesgos de amar y ser amado.

Una nota final neurobiológica

El hemisferio derecho se ha descrito como *el cerebro social-emocional*. Idealmente, el vínculo del terapeuta con el paciente negador alimenta el desarrollo y la integración de la «mente derecha» (Ornstein, 1997) de un modo que nunca se ha logrado con los vínculos de apego iniciales del paciente.

Las conexiones relacionales que normalmente nutren las conexiones neuronales del pensamiento con el sentimiento, del lenguaje con la experiencia, y el sentido del yo en

relación con los demás pueden brillar por su ausencia en este tipo de pacientes, que se criaron como niños elusivos con padres negadores. Recordemos que el apego y la conducta cuidadora, el reconocimiento de la cara y la lectura de los signos no verbales, corporales, en uno mismo y los demás son funciones del hemisferio derecho. Al eludir la proximidad y el sentimiento –actividades mediatizadas en gran medida por el hemisferio derecho–, el paciente negador aprende a morar principalmente en un mundo del hemisferio izquierdo, organizado por la lógica lineal y el lenguaje.

Convencer a la «mente derecha» del paciente de que entable un vínculo con el terapeuta depende de la *comunicación de hemisferio derecho a hemisferio derecho* (Schore, 2003), comunicación que es en gran medida no verbal e implícita, pero que puede surgir también a través del intercambio de palabras que encarnan y evocan la emoción. Un terapeuta (negador) que trabaja exclusivamente desde el hemisferio izquierdo no logrará activar las capacidades poco desarrolladas del paciente para sentir y relacionarse de forma íntima. Por su parte, un terapeuta (preocupado) que tenga dificultades para aprovechar los recursos lingüísticos e interpretativos del hemisferio izquierdo será incapaz de hablar en un lenguaje al que pueda responder el paciente. Dependiendo de nuestra propia organización psicológica, tendremos que acallar nuestra mente, bien impregnando de sentimientos nuestros pensamientos o bien traduciendo los sentimientos de forma efectiva en pensamientos.

La capacidad de entrar en un estado atento puede ser especialmente útil cuando se trabaja con pacientes negadores, porque la atención plena impulsa en el terapeuta el tipo de experiencia abierta e integrada que queremos fomentar en los pacientes. Una postura atenta potencia nuestra capacidad de sentir y expresar las corrientes ocultas no verbales y emocionales de nuestro vínculo con el paciente. Además, también puede resultar muy útil facilitar el desarrollo de la capacidad de atención plena en el paciente. Los pacientes negadores (como dijo uno de ellos al describirse) suelen cernerse sobre su propia vida, sin llegar a aterrizar nunca en su cuerpo. Los terapeutas debemos estar plenamente presentes y afianzados con estos pacientes, si queremos que conecten (de la manera más profunda posible) consigo mismos y con sus seres queridos.

1. Cuando mi paciente atribuyó mis reservas a mi necesidad de ocultar los resquicios de mi armadura, con el fin de mantener su idealización acerca de mi persona, su interpretación tal vez era correcta, pero incompleta. Porque mis reservas también reflejaban mi adhesión totalmente errónea a lo que ahora considero un concepto muy problemático, si no totalmente destructivo, del vínculo terapéutico. Desde esta perspectiva tradicional, no favorece al paciente que se le informe sobre lo que ocurre en el interior del terapeuta. Por el contrario, ahora creo que este tipo de conocimiento puede ser útil para el paciente, al tiempo que la negativa a revelarlo suele perjudicarle, tal como se ejemplifica en mi trabajo con Andrew.

13 El paciente preocupado
Dar cabida a una mente propia

Los pacientes con un estado anímico predominantemente preocupado con respecto al apego son, en muchos aspectos, el polo opuesto de los pacientes negadores. Estos últimos parecen faltos de vida, desgajados de sus sentimientos e incómodos con la proximidad a los demás. Los primeros semejan animosos y vitales, pero también abrumados por los sentimientos y absortos en evitar la distancia de los demás. Al menos en un plano superficial, los pacientes negadores tienen pocos problemas de autoestima o autonomía, mientras que los preocupados dudan de sí mismos y temen ser demasiado independientes. Los pacientes negadores casi siempre tienen dificultades para confiar en los demás; los pacientes preocupados tienen dificultades para creer que a veces pueden confiar en sí mismos. Y así como el negador parece desligado de los recursos del hemisferio derecho social-emocional, al preocupado le cuesta dominar las capacidades lingüísticas del hemisferio izquierdo para dar sentido a la experiencia desordenada. Parafraseando a Diana Fosha (2003), los negadores pueden *afrontar* pero no pueden *sentir*, mientras que los preocupados pueden *sentir* (y *tambalearse*), pero no son capaces de afrontar.

Los pacientes preocupados constituyen un continuo en cuyos extremos se sitúan, respectivamente, los histéricos y los límite. Los primeros parecen abrumados e impotentes, pero superficialmente cooperativos y a veces seductores. Los segundos se muestran enfadados, exigentes y caóticos. Ambas variaciones del tema preocupado corresponden a pacientes cuya vida está marcada fundamentalmente por el miedo al abandono.

Tales pacientes se han caracterizado como «ávidos de fusión» (Goldbart y Wallin, 1996): «Como [sus] grandes amenazas son la separación, la pérdida y la soledad, la proximidad se experimenta como el bien más valioso: es la solución, nunca el problema» (p. 90). Sin embargo, el modo en que buscan la proximidad estos pacientes suele convertir la solución en un problema. La estrategia hiperactivadora de los pacientes preocupados les aporta un atisbo de seguridad, pero a un coste exorbitante.

La temprana experiencia con las figuras de apego de receptividad impredecible enseña a estos pacientes que su mejor manera de recabar la atención y el apoyo de los demás consiste en acentuar su angustia para que no pase desapercibida. El problema de esta solución es que les exige explorar continuamente pistas internas y externas que amplifiquen la angustia. En consecuencia, tienden a ser demasiado conscientes de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales amenazadores, y propensos a exagerar su significación; asimismo, se muestran hipervigilantes con los signos reales o imaginados de desaprobación, alejamiento o rechazo en el otro miembro de un vínculo. La necesidad de mantener crónicamente activado el sistema de apego socava la capacidad del paciente preocupado no sólo de equilibrio emocional sino de autoestima y confianza en los demás.

Así pues, si queremos contribuir a que dichos pacientes refuercen sus capacidades de equilibrio emocional, autoestima y confianza a través de la psicoterapia, debemos ofrecerles un vínculo que represente una alternativa para su estrategia hiperactivadora. Se trata de un vínculo en el que los pacientes puedan contar con la aceptación y la disponibilidad emocional del terapeuta, en lugar de sentir que sólo pueden obtener ese tipo de receptividad amplificando defensivamente su afecto, impotencia y/o cooperación superficial. Dicho de otro modo, tenemos que aportar a los pacientes preocupados un vínculo que haga cada vez más innecesaria la estrategia hiperactivadora.

Es algo mucho más difícil de lo que parece a simple vista. La inseguridad manifiesta ha llegado a ser el medio más fiable para recabar la atención de los demás. Por lo tanto, les cuesta renunciar a ella. Además, estos pacientes experimentan sus sentimientos abrumadores, la inseguridad y la desconfianza no como una «estrategia» susceptible de cambio (al menos de forma consciente) sino como facetas de su realidad arraigadas en su concepto de sí mismos. Inconscientemente (aunque a veces de forma consciente), el paciente preocupado asume estos aspectos onerosos de su concepto de sí mismo y de los demás porque sostienen una estrategia *y* una identidad.

Para abordar la necesidad sentida de los pacientes de adoptar un enfoque autodestructivo, resulta útil tener en cuenta que un proceso terapéutico surte efecto si permite que el paciente cambie y a la vez siga siendo el mismo (Bromberg, 1998b). Lejos de negar la importancia de los sentimientos fuertes y la búsqueda de la proximidad, elementos en torno a los cuales se organiza el sentido del yo del paciente preocupado, debemos dar más cabida a los sentimientos y a la proximidad. En concreto, debemos responder a los sentimientos más profundos que subyacen a las muestras de angustia del paciente. Y debemos impulsar una forma más expansiva de proximidad en la que el paciente puede estar plenamente presente, en lugar de sumirse en la preocupación por la disponibilidad de los demás.

Al trabajar con los sentimientos –miedo, ira y deseo– que subyacen al drama del paciente, nos centramos en la estrategia inicialmente adaptativa, aunque ahora autodestructiva, de la

hiperactivación. Mediante el análisis de la limitada idea del paciente acerca de lo que se requiere para obtener proximidad, esclarecemos los aspectos de su identidad que tuvo que negar, en particular la fortaleza, las ambiciones y las necesidades que han quedado relegadas a un segundo plano por el miedo al abandono.

El procedimiento exacto para aprovechar de manera efectiva esta doble atención a las emociones y a la intimidad depende, hasta cierto punto, de nuestra evaluación del paciente, sobre todo en lo que respecta a su posición en el continuo anclado por los histéricos en un extremo y por los límite en el extremo opuesto. (Nótese que, con fines didácticos, describo los «subtipos» como si siempre fuera posible diferenciar de forma clara a los pacientes según este criterio; tengo la impresión clínica de que a menudo es posible la distinción, aunque no siempre). Las diversas conductas de los niños ambivalentes tras el reencuentro con sus padres en la Situación Extraña pueden presagiar las conductas adultas de los pacientes preocupados, pues el niño aparentemente impotente desarrolla el estilo más histérico, mientras que el niño que oscila entre una conducta pegajosa y airada se convierte en un adulto que parece más límite.

Con todo, hay pacientes preocupados que se caracterizan por la impotencia, mientras que otros revelan enseguida su ira y sus exigencias apremiantes. (Estos últimos suelen tener un historial marcado por el trauma y la pérdida y, por lo tanto, pueden describirse también como irresolutos). Cada una de estas dos variaciones sobre el tema preocupado requiere un enfoque terapéutico distinto.

El patrón de la impotencia

Los pacientes caracterizados como «histéricos» se clasifican de este modo porque se muestran hiperemotivos e incluso melodramáticos, como sucede con la mayor parte de los pacientes preocupados. Lo que distingue a estos pacientes histéricos de sus primos más preocupados es que sus necesidades de dependencia son menos extremas, al igual que sus reacciones cuando dichas necesidades se ven frustradas. Como tales pacientes son menos propensos a sentir que su vida es una larga emergencia, el enfoque que adoptan para satisfacer sus necesidades de vínculo puede resultar un tanto más atractivo y exitoso.

Por lo general, conectan con el otro más a través de la impotencia que de la ira. Pero a pesar de que no ocultan sus carencias, no contribuyen a satisfacer sus necesidades, ni siquiera a conocerlas plenamente. Tienen su centro de gravedad fuera de sí mismos, como si vivieran menos en su propia mente que en la mente de los demás. Ansiosos por evitar el abandono, temen ser demasiado asertivos o serviles para agradar a los demás.

Cuando llegan a la terapia, suelen plantearnos una contradicción. En apariencia disponen de considerables aptitudes y recursos psicológicos, pero en el contexto del tratamiento se comportan como si fueran incapaces de gestionar su angustia y de comprenderla. En un primer momento, como esperan nuestra ayuda, nos sorprenden como pacientes ansiosos, plenamente preparados para comprometerse, y muy en contacto con las emociones que evocan nuestro deseo de ayudar. Muy pronto desarrollamos con este tipo de pacientes la expectativa de que será fácil trabajar con ellos. Pero esas primeras impresiones pueden ser erróneas. Hay mucho más –y mucho menos– de lo que parece a simple vista.

Estos pacientes, que en muchos casos tienen más capacidad de gestionar y explicar sus sentimientos de lo que sospechan, comprenden mejor su experiencia y tienen más virtudes personales pero que están dispuestos a reconocer. Por otro lado, su aparente disposición a implicarse en un vínculo terapéutico no es tanto un indicio de su capacidad de colaborar cuanto un signo de su deseo de complacer y agradar. Para obtener el consuelo que esperan de la proximidad al terapeuta, estos pacientes «saben» que deben mantener la apariencia de impotencia y contribuir al mismo tiempo a que el terapeuta se sienta bien.

Nuestro reto consiste en distinguir la apariencia de la realidad, en no confundir la estrategia defensiva del paciente con las dificultades para las que se concibió dicha estrategia. Si tomamos al pie de la letra la impotencia, podemos intentar ser útiles de un modo que ratifica el sentido de impotencia del paciente. Si nos dejamos seducir por el juego de ser los grandes terapeutas, podemos perder de vista su necesidad de ser el paciente perfecto. De este modo, negamos al paciente la oportunidad de lidiar con el miedo y la desconfianza que le infunden la necesidad de ser complaciente y agradable.

Con estos pacientes, tenemos que vigilar nuestra hiperansia de rescatar o de ser idealizados. No obstante, cuando nos percatamos de que enactuamos tales impulsos, tenemos la oportunidad de hacer las cosas de otra manera y de esclarecer las facetas fundamentales de la experiencia del paciente. Una vez más, como se pone de manifiesto en el siguiente material clínico, el terapeuta puede limitar así como impulsar el avance del paciente en el tratamiento.

Una profesional académica sumamente competente, a la que llamaré Elaine, solicitó mi ayuda tras una serie de ataques de pánico. En una fase inicial de la terapia me dijo que se ponía muy ansiosa cada vez que se hacía un silencio en nuestra conversación. Lo último que yo quería era incrementar la ansiedad de esta paciente ya de por sí ansiosa. En lugar de abordar el asunto, adquirí la costumbre de llenar todos los silencios. Tardé varios meses en comprender que, de este modo, no le hacía ningún favor. Con cierta inquietud decidí que, cuando se produjera el siguiente silencio, lo dejaría estar.

Curiosamente, en medio de la calma que se produjo, Elaine empezó a ponerse muy ansiosa. Pero pudimos hablar de ello. La ansiedad surgía en el silencio porque se sentía impotente para entender sola su experiencia, y el sentimiento de impotencia, según decía, la asustaba. Sugerí que era un poco extraño que alguien que se ganaba la vida explicando la experiencia se sintiera incapaz de explicarse la suya propia. En la conversación que siguió, tomó conciencia de lo que denominaba «exceso de impotencia», una estrategia que había aprendido a cultivar en la infancia. Tanto entonces como ahora, sentirse abrumada era su mejor baza cuando se trataba de conectar con su madre, caracterizada por una impredecible disponibilidad. De manera similar, conectaba con su padre principalmente en torno a los problemas que era incapaz de resolver por su cuenta, como los deberes cuando era pequeña y, posteriormente, los problemas académicos o laborales.

En una fase posterior de la terapia, a medida que Elaine empezó a sentirse más cómoda con el silencio, comprendió que antes sentía la amenaza de la soledad cuando no había contacto verbal, como si no fuera capaz de mantener mi presencia sin palabras. En cambio ahora, de una manera totalmente nueva, podía experimentar en el silencio una conexión más certera y continua entre ella y yo. Para ella era una experiencia muy preciada ser capaz de estar a solas conmigo, pero a solas en compañía.

Mi miedo de desencadenar la ansiedad de Elaine provocó, durante un tiempo, que yo actuara en connivencia con sus defensas, en lugar de lidiar con la experiencia subyacente que las hacía necesarias. En ese proceso, inadvertidamente confirmé su sentido de impotencia para abordar sus sentimientos, principalmente la ansiedad por el abandono. Por otro lado, en cuanto comprendí lo que estaba haciendo, y encontré un modo de tolerar mi propia ansiedad hasta el punto de cambiar mi conducta, pudimos empezar a comprender su «exceso de impotencia», una variante de la estrategia hiperactivadora. Posteriormente, cuando ella ya era capaz de

relajarse al estar «a solas en compañía», interpreté su logro como un reflejo de la gradual interiorización de la experiencia de una base segura. Ya no necesitaba coaccionarme (a través de la impotencia o la angustia) para que estuviera con ella, porque ahora, por lo general, confiaba en que yo ya lo estaba.

Para los pacientes como Elaine, una menor dependencia de la estrategia hiperactivadora va de la mano de una creciente capacidad de experimentar al terapeuta como base segura. Inicialmente, por supuesto, tales pacientes traen al vínculo terapéutico sus miedos al abandono. No pueden confiar en las buenas intenciones ni en la disponibilidad emocional del terapeuta. A semejanza de los niños ambivalentes, cuya preocupación por la disponibilidad de la madre deja poco espacio para la exploración, dedican sus energías a mantener la conexión con el terapeuta.

Sólo en la medida en que los pacientes preocupados se sienten menos forzados a controlar o gestionar las respuestas del terapeuta, pueden centrar su atención más plenamente en su propia experiencia. Cuando generamos un vínculo que ofrece más al paciente –y exige más de él– que los vínculos en los que se formó, nos convertimos en una base segura, en lugar de constituir una fuente de apoyo demasiado contingente.

Entre los principales rasgos de los vínculos propicios para el desarrollo (Lyons-Ruth, 1999), aquí destacan especialmente dos: la inclusividad y la necesidad de una «gradación del desarrollo». En particular, debemos procurar un vínculo que fomente al máximo la conexión del paciente con su experiencia, sobre todo con la experiencia a la que no dieron cabida los apegos iniciales. Y debemos esperar del paciente más de lo que considera sus capacidades. Es decir, tenemos que reconocer y fomentar en el paciente los recursos que no puede o no quiere reconocer en sí mismo.

Inclusividad

La emocionalidad del paciente preocupado suele tener un carácter «dirigido al otro». Cuando los pacientes preocupados expresan sus sentimientos, la finalidad no es tanto expresarse cuanto recabar la atención o la ayuda de los demás, que de otro modo (según creen estos pacientes) no estarían disponibles. Ésta es la esencia de la estrategia hiperactivadora.

En lugar de entrar en connivencia con esta estrategia mostrando una actitud hipersolícita o hiperprotectora (una posibilidad atractiva), el truco consiste en no mostrar mayor ni menor disponibilidad cuando el paciente expresa tales emociones «públicas» respecto de los momentos en que no lo hace. Otro elemento importante pasa por desplegar una suerte de contador Geiger empático que nos dé acceso a las emociones «privadas» que el paciente sólo puede expresar indirectamente.

Aquí, una vez más, la atención al lenguaje no verbal del cuerpo del paciente –así como a nuestra propia experiencia subjetiva– nos aporta el mejor acceso a lo que el paciente ha aprendido a excluir. Evidentemente, aquí los detalles varían en función de las particularidades de la historia del paciente. Sin embargo, en mi propia experiencia clínica he observado que los elementos que emergen con frecuencia, a menudo de manera secuencial, y se integran paulatinamente en el sentido de yo del paciente son: la desconfianza y el miedo al abandono; después la ira y la capacidad asociada de decir que «no»; y por último, la tristeza y la necesidad auténtica, así como la capacidad de decir que «sí» con sinceridad.

La gradación del desarrollo

Después de hablar por teléfono con una paciente que acababa de pedir una primera cita conmigo, me percaté de que durante la conversación me había inhibido, verbal e intelectualmente, como para no «herirla» mostrando un contraste manifiesto con sus aparentes déficits en esta materia. Sin embargo, cuando realmente nos conocimos, me di cuenta de que la paciente tenía la capacidad (aunque no la ejercía) de ser mucho más elocuente y persuasiva de lo que aparentaba por teléfono. Claramente, empezó mostrando su vulnerabilidad, y yo inicialmente respondí con una inútil actitud hiperprotectora.

Con esta paciente (y otras como ella) ha sido esencial esperar más, no menos. Por un supuesto, tenemos que calibrar el punto en el que se encuentra el paciente. No obstante, solemos defraudar al paciente cuando damos por hecho que no puede llegar más lejos. Resulta mucho más útil suponer que el paciente es capaz de sentir y pensar con mayor profundidad de la que aparenta en un primer momento. De hecho, en los pacientes preocupados se tiende a infravalorar sus capacidades y recursos, y puede ser muy problemático tomar al pie de la letra la autovaloración negativa del paciente.

En alguna ocasión he confrontado espontáneamente la hipermodesta autovaloración de una paciente: «Dices que nadie podría interesarse por ti. Pero yo pienso: ¡Si lo tienes todo! ¿Qué más se puede pedir?». En ese momento, tal intervención puede parecer improductiva y, sin embargo, a largo plazo, aporta una especie de piedra de toque, una vívida imagen de la negación defensiva de sus propias virtudes por parte del paciente. Aunque se presenta con un tono animoso, este tipo de confrontación no suele ser muy bien acogido, porque resulta incongruente con el sentido del yo del paciente y cuestiona su estrategia adaptativa. Por lo general, resulta más útil explorar la visión que tiene el paciente de sus propias capacidades y cómo ha evolucionado dicha visión; además, es esencial intervenir con el fin de comunicar implícitamente nuestra convicción de que el paciente es mucho más capaz de lo que cree.

Por ejemplo, después de que una paciente iniciara la sesión molesta y consternada por varias interacciones recientes con su marido, que –según decía– la ninguneaba y criticaba sin fundamento, reconstruimos los episodios que la atormentaban y reconoció, casi como de pasada, que su marido en realidad no la había ninguneado ni atacado: «No era que me ninguneara, sino que yo me sentía así. Lo mismo con respecto a la crítica. Sé que me respeta y me quiere, no me ataca. Lo que pasa es que tiene una opinión distinta. Pero a mí me da otra sensación».

Cuando le pregunté qué sensación era ésa («¿Cómo te explicas que sientas que te ningunea o que ataca, si otra parte de ti cree que no es así?»), ella respondió: «Sinceramente, no lo sé», como si ése fuera el final de su exploración. «¿Pero el hecho de que no lo sepas significa que no puedes reflexionar sobre ello?». Y entonces empezó a reflexionar de manera bastante productiva.

Como las muestras fuertes de emoción han ayudado a estos pacientes a sacar el máximo provecho de una mala situación, tienden a propiciar que los sentimientos ahoguen los pensamientos. Tenemos que dar cabida a los sentimientos, pero también hay que fomentar la reflexión sobre lo que se siente. Los terapeutas debemos fomentar este equilibrio para activar el yo reflexivo en el paciente preocupado. Tenemos que incentivar el pensamiento, pero no en exceso. Debemos modelar la mentalización: por ejemplo, expresando nuestros pensamientos

acerca de los sentimientos que suscita en nosotros la relación con el paciente. Ahora bien, en lugar de asumir toda la responsabilidad de dar sentido a la experiencia del paciente, es mejor fomentar su colaboración en este proceso, y pedirle que reflexione en voz alta sobre su experiencia.

Los terapeutas debemos tener en cuenta que el paciente teme desarrollar un sentido de la seguridad y la independencia, porque en su infancia se desincentivaron la autonomía y la iniciativa propia y, por lo tanto, estos elementos son incoherentes con sus creencias acerca del mejor modo de recabar la atención de los demás. En consecuencia, debemos transmitir nuestra consciencia de la dificultad que observamos en el paciente para confiar en sus propios recursos.

Además, es especialmente importante –dadas las restricciones de la autonomía del paciente– observar y favorecer la expresión de la ira, la crítica o la decepción con respecto al terapeuta. Cuando ambas partes pueden salir relativamente indemnes de tales protestas, se refuerza la consciencia incipiente de que la autonomía y la separación pueden coexistir estrechamente, frente a las lecciones que recibió el paciente en su experiencia de apego inicial. No obstante, que se actualicen o no estas lecciones dependerá, en gran medida, de lo que ocurra entre el paciente y el terapeuta en el contexto del nuevo vínculo de apego.

El vínculo: patrones y escollos

Aunque es cierto que el vínculo paciente-terapeuta, como todos los vínculos de apego, es cocreado, presenta marcadas particularidades en el caso de los pacientes preocupados, que tienden a adaptarse, de forma camaleónica, a las expectativas de los demás. Su deseo de mímesis, impulsado por el miedo a la inaccesibilidad, los predispone a adaptarse, con la consecuencia de que lo que recibimos es, a menudo, lo que esperamos a priori. Así pues, la forma del vínculo terapéutico está en función de la estrategia de apego del paciente preocupado en la interacción con la del terapeuta.

Por supuesto, dicho vínculo es único e impredecible. Por muy claras que sean nuestras intenciones terapéuticas (sintonizar con lo que subyace a la apariencia afectiva, no entrar en connivencia, no reforzar la impotencia), estamos abocados a que la realidad nos sorprenda. En caso contrario, probablemente estamos tratando a un paciente más teórico que real, o actuando como si fuéramos máquinas terapéuticas, en lugar de seres humanos espontáneos, emocionales y vulnerables. Sin embargo, a pesar de las sorpresas, se observan patrones característicos y escollos de contratransferencia que definen el tratamiento de muchos pacientes preocupados. El conocimiento de estos patrones no nos impedirá caer en ellos, o al menos no debería, porque el reconocimiento de la naturaleza de nuestra interacción con los pacientes es, tal vez, la parte más significativa del proceso por el que llegamos a conocerlos y ellos llegan a conocernos. Al mismo tiempo, este tipo de conocimiento genérico puede ayudarnos a identificar el carácter de nuestra propia participación involuntaria en el vínculo, lo que nos concede, a su vez, una mayor flexibilidad.

El miedo pertinaz del paciente a la inaccesibilidad del terapeuta incentiva (y a veces también subyace a) su afán de conexión. Su necesidad de obtener el consuelo y la tranquilidad de un vínculo estrecho puede expresarse de diversos modos. Al margen de otras lecturas posibles que puedan tener, la impotencia aparente, las muestras de angustia, la docilidad, la seducción

y/o el afán de ser un «buen paciente» son también intentos implícitos de reducir la distancia y recabar el apoyo del terapeuta. Cuanto antes emergen estas muestras de apertura en el tratamiento (y cuanto más intensa o inflexible es su enacción), más profundas son –sospecho– la desconfianza y la ansiedad del paciente por el abandono. Nuestras reacciones ante tales aperturas estarán condicionadas, hasta cierto punto, por nuestro propio estilo de apego.

Si somos más seguros, nos costará menos reflejar los sentimientos más profundos que subyacen a las peticiones indirectas de conexión que nos lanza el paciente: el miedo de no ser atendidos y el enfado por haber tenido que ensimismarse para recabar la atención de los demás, así como su tristeza y sus profundas carencias. En un estado anímico seguro, no sólo podremos interactuar de forma relativamente libre, sino contribuir a que el paciente comprenda su papel en las interacciones que cocreamos.

Si nuestro estado anímico es más negador, probablemente tendremos que ser cautos ante una serie de escollos posibles, relacionados con el hecho de que la estrategia de apego del paciente es la opuesta a la nuestra. Hasta cierto punto temerosos del sentimiento y la proximidad, pueden incomodarnos (o incluso asquearnos) el intenso afecto y el ansia de fusión del paciente. Para sentirnos más cómodos, podemos optar por «acorralar» la intensa emoción del paciente mediante la comprensión intelectual. En lugar de reflejar los sentimientos más profundos del paciente –o de advertir la falta de correspondencia entre lo que dice y lo que aparentemente siente–, podemos aportar prematuramente la estructura de palabras y la interpretación más tranquilizadoras (para nosotros). El paciente puede reaccionar sintiéndose sólo o incomprendido, o sumándose a nosotros dócilmente en una versión «simulada» de la exploración terapéutica significativa, o ambas cosas.

De forma alternativa, puede aliviarnos inconscientemente ser capaces de encontrar nuestro afecto negado y la dependencia en el paciente, en vez de en nosotros mismos. En este caso, es tentador entrar en connivencia con la estrategia defensiva del paciente. Por ejemplo, podemos tomarnos demasiado en serio su necesidad emocional, e implícitamente sentirnos aliviados por no tener nosotros mismos tantas necesidades. Asimismo, para reforzar nuestra autoestima, podemos asumir el papel del terapeuta brillante idealizado por el paciente incapaz (pero totalmente controlador). En esta enacción, inconsciente pero deliberadamente permanecemos ajenos a la desconfianza y la ira del paciente, y éste, por su parte, manipula nuestras necesidades narcisistas con fines autoprotectores.

Cuando nos caracterizamos por un estado anímico más preocupado con respecto al apego, los asuntos que confrontamos en el vínculo con el paciente preocupado serán diferentes. Por una parte, probablemente seremos más capaces de empatizar con la experiencia del paciente, debido a su coincidencia con la nuestra; por otro lado, nuestro propio miedo al abandono nos impedirá ir más allá de la empatía. Si queremos abordar la impotencia parcialmente defensiva del paciente, por ejemplo, tendremos que trasmitir una perspectiva distinta de la suya. Pero ello requiere un grado de separación que podemos confundir fácilmente con agresión o experimentarlo como una amenaza para nuestro vínculo con el paciente. Así pues, nuestra propia preocupación por el apego puede inducirnos a «suscribir» la angustia del paciente, pero sin intervenir en los mecanismos que pueden ayudarle a afrontarla mejor. Del mismo modo, podemos dejarnos llevar por el impulso de «rescatar» al paciente, en lugar de ayudarle a reconocer sus propios recursos. Además, nuestra propia tendencia a sentir más que a pensar

puede interferir en nuestra capacidad de movilizar (tanto en nosotros mismos como en el paciente) el «intérprete del hemisferio izquierdo» que da sentido a la experiencia emocional de forma que podamos emplearla como señal, en lugar de experimentarla como una carga, un síntoma o un simple hecho.

La transferencia erótica

Más allá de las anteriores interacciones que suelen ocurrir en el tratamiento de los pacientes preocupados, es frecuente encontrar lo que describiré como «transferencias íntimas», junto con sus complementos de contratransferencia. Estas interacciones, a menudo analizadas dentro del epígrafe de la transferencia erótica, tienen una dimensión de sexualidad, aventura amorosa y/o anhelo incontrolable que en sí resulta significativa, pero puede oscurecer las cuestiones subyacentes relativas al apego.

Como han señalado numerosos autores, la naturaleza de la situación de transferencia-contratransferencia erótica que se desarrolla depende en gran medida del sexo del paciente y del terapeuta (Person, 1988; Wrye y Welles, 1994; Kernberg, 1995). A esto cabe añadir que un segundo factor influyente es el estilo de apego.

En pocas palabras, las transferencias íntimas y (especialmente) sexualizadas surgen con mayor probabilidad cuando se trata de una paciente y un terapeuta, al menos en la medida en que las mujeres, en general, tienden a temer la separación, mientras que los hombres, de nuevo en general, temen más la proximidad. Por lo tanto, para las mujeres, sobre todo para las preocupadas, la búsqueda de conexión romántica o sexual con el terapeuta suele representar no sólo una defensa contra la distancia, sino una defensa contra otras cuestiones de apego más fundamentales. En cambio, para los hombres, la elusión de los sentimientos románticos o sexuales por el terapeuta a menudo representa una defensa contra la implicación más profunda, así como la solución típicamente masculina de separar la sexualidad del apego. Cuando los hombres, sobre todo los negadores, desarrollan sentimientos sexuales por el terapeuta, tales sentimientos pueden reflejar también la elusión de la proximidad y la dependencia, porque la sexualización del terapeuta puede ser, para el hombre, un modo de devaluar a esa persona como figura de apego con la que puede verse impulsado a entablar un vínculo de dependencia.

El impacto emocional que ejerce sobre nosotros, como terapeutas, la transferencia erótica del paciente puede diferir según nuestro estado anímico con respecto al apego. Si nuestro estilo es más negador, podemos recibir bien el anhelo sexual o romántico del paciente porque refuerza nuestro engreimiento. Alternativamente, podemos rechazarlo porque experimentamos dicho anhelo como un desafío para nuestro habitual distanciamiento de los demás. Pero si nuestro estilo tiende a ser preocupado, podemos recibir el deseo del paciente como una señal de proximidad. Por otro lado, el mismo deseo puede experimentarse como algo profundamente desconcertante, porque representa una apertura que debemos rechazar, y suponemos que el paciente sentirá que lo rechazamos a él, no sólo su deseo.

Idealmente, podemos permitirnos ser el objeto de deseo del paciente, sin fomentarlo en exceso ni sentirnos obligados a erradicarlo. En la medida en que damos cabida a este deseo, tenemos la oportunidad de explorar su función en el vínculo terapéutico y, por extensión, su papel en otros vínculos estrechos del paciente. ¿La sexualidad se utiliza como un sustituto del apego, una vía indirecta para llegar a él, o un modo de eludirlo? Un elemento central en el

contexto del tratamiento es el hecho de que el deseo del paciente por el terapeuta nunca puede satisfacerse plenamente. Como tal, puede representar el patrón de deseo frustrado que caracterizó los apegos iniciales del paciente, así como tal vez los contemporáneos. A veces la transferencia erótica es una parada importante en el camino del paciente preocupado hacia el desarrollo de una capacidad más profunda de confianza y amor. Pero si al terapeuta le complace o le desconcierta en exceso el deseo del paciente, ese desarrollo puede verse frustrado.

Como ya señalé al principio, los pacientes preocupados pueden clasificarse dentro de un continuo de diagnóstico. Hasta ahora me he centrado en el extremo del continuo constituido por los pacientes que presentan rasgos de carácter histérico como la impotencia, la amplificación del afecto y la complacencia seductora. A continuación me ocuparé del extremo opuesto del continuo.

El patrón de ira y caos

Los estudios indican que muchos pacientes límite (si no la mayoría) muestran un estado anímico preocupado con respecto al apego. Estos pacientes responden con gran frecuencia a una subcategoría particular: la temerosa preocupación por los acontecimientos traumáticos (Patrick, Hobson, Castle, Howard y Maughan, 1994; Fonagy et al., 1996). Parece que los pacientes que se sitúan en el extremo más problemático del continuo preocupado han experimentado, en muchos casos, historias marcadas por el trauma recurrente o por pérdidas que no se han resuelto por completo. En los términos de la AAI, tales pacientes son tanto preocupados como irresolutos. Por lo tanto, gran parte de lo que voy a decir puede aplicarse no sólo a los pacientes del extremo más problemático del continuo preocupado sino también a los que son irresolutos.

Los pacientes limite preocupados suelen experimentar la vida como una crisis continua. Sus emociones no son sólo dolorosas sino abrumadoras por su intensidad. En lugar de albergar un sentido estable del yo, estos pacientes sienten el caos y el vacío interior. Sus vínculos suelen ser tempestuosos y generalmente acaban en algo que perciben como traición. Divididos entre el terror a la dependencia y la infinita necesidad, aparentemente buscan la ayuda con apremio pero a la vez son presa de la convicción de que sus carencias ahuyentarán la ayuda. Desesperados, tal vez inician el acercamiento, pero luego se alejan a causa del miedo y la ira. Como terapeuta de estos pacientes, a menudo me he sentido como alguien que intenta salvar la vida a un hombre que se ahogaba pero rechaza la ayuda como si lo atacaran. El desafío con este tipo de pacientes radica en no permitir que nos rechacen.

Margaret Mahler emplea el término «empolladura» a propósito del nacimiento psicológico del niño humano (Mahler et al., 1975). Para los terapeutas de los pacientes preocupados límite, es como si tuviéramos que empollar un huevo que hace todo lo posible por expulsarnos de la posición materna. Para aportar (y preservar) el nuevo vínculo de apego que requiere el paciente, tenemos que ofrecerle una combinación de empatía y fijación de límites. Ninguna de las dos estrategias basta por sí sola para «contener» a estos pacientes abrumados y abrumadores, ni tampoco el miedo, la ira y la desesperanza que pueden suscitar en nosotros. Cuando el vínculo terapéutico produce un efecto suficiente de contención, el paciente tiene la

oportunidad de desarrollar el tipo de estabilidad interna interpersonal para la que sus primeros apegos no aportaban ningún modelo.

Empatía

No seremos de gran ayuda si no logramos comprender, y hasta cierto punto, reflejar la experiencia interna del paciente. Sin la sintonía empática del terapeuta, el paciente se sentirá incomprendido y solo, o incluso amenazado y presionado. Sin embargo, cuesta mucho alcanzar dicha sintonía. Depende al menos de tres cosas: nuestra capacidad de basarnos en la teoría y las investigaciones relevantes, la apertura a todo el espectro de nuestra propia experiencia, y nuestra capacidad de interactuar con el paciente de modos que neutralicen, al menos en forma temporal, los obstáculos mutuamente generados que impiden la empatía y la conexión.

Estos pacientes, temerosos y preocupados por el trauma, suelen ser bastante explícitos acerca de las experiencias con sus padres –o las experiencias de haber sido abandonados por sus padres– que los abrumaron y aterrorizaron. Sus padres, como suele suceder en general con los padres de los pacientes preocupados, eran impredecibles, pero también podrían enfadarse o mostrarse inaccesibles de modos que daban miedo.

Un paciente me contó que su padre, un agente de policía alcohólico, podía ser brutal de manera impredecible. El paciente tenía que ocuparse de entretener o distraer a este hombre explosivo cuando parecía al borde de la violencia. A veces el paciente lo conseguía. En caso contrario, era el objetivo de la ira de su padre. En una ocasión, su padre sacó la pistola y apuntó al paciente en la cabeza.

Parte de la tragedia de este tipo de pacientes radica en que tales escenas de victimización de la infancia continúan enactuándose en los vínculos posteriores del paciente, incluidos sobre todo los del paciente consigo mismo. Fonagy (2000) teoriza que, en lugar de un yo «constitucional» o verdadero, estos pacientes han interiorizado la representación de un yo «ajeno» que corporiza las reacciones ante la figura de apego abusiva. Pero como este yo ajeno es persecutorio y contrario al yo verdadero, es preciso expulsarlo. La consiguiente proyección de esta presencia interna peligrosa provoca que se experimente a los demás como persecutorios. Cuando los demás no están accesibles, el paciente se siente forzado a perseguirse, mediante autoataques despiadados, que pasan a veces por la automutilación. La teroía de Fonagy puede ayudarnos a comprender una conducta inquietante que, en caso contrario, puede actuar como un obstáculo para la empatía. Tal comprensión es especialmente esencial cuando nuestra interacción con el paciente amenaza con emular las interacciones de su pasado, como era el caso del hijo del policía cuya historia traumática he mencionado hace un instante.

Después de una sesión excepcionalmente colaborativa, este paciente llegó con veinte minutos de retraso y no hizo ningún comentario al respecto. Tenía que pagarme, pero me dijo que no había traído la chequera. Dijo que estaba harto de la terapia y que toda esta charla le entorpecía; sin ella, probablemente se sentiría mucho mejor.

Me irrité por la tardanza y el olvido del cheque, pero cuando empezó a atacar el trabajo que desarrollábamos juntos, empecé a enfadarme bastante. Entonces me percaté de que me estaba invitando a jugar a ser su perseguidor airado, porque si me mostraba como un colaborador, se quedaría solo con el perseguidor dentro de su ser. Además, podía experimentarme como alguien que le invitaba a asumir el riesgo insensato (a veces mortal) de confiar en mí.

Pregunté en voz alta si intentaba provocar una pelea en vez de sentir proximidad. Añadí que sospechaba que una sesión como la última, en la que habíamos podido trabajar estrechamente juntos, quizá había elevado su grado de

ansiedad. No debería haberme sorprendido que discrepara de mi sugerencia. Con todo, mi interpretación fue de utilidad para los dos. A mí me permitió permanecer con él, en lugar de sentirme expulsado. Fue también una interpretación a la que él pudo recurrir en las múltiples ocasiones en que volvimos a experimentar escenarios muy parecidos a éste.

Obviamente, existen muchas otras teorías e investigaciones en las que podemos basarnos para comprender la experiencia de nuestros pacientes preocupados más problemáticos. La escisión, la inmersión en la experiencia, la falta de mentalización y la metáfora genérica del yo abrumado por el otro poderoso y malévolo son constructos útiles a los que volveremos en breve. Pero más allá de la teoría, la experiencia personal es un recurso que puede potenciar nuestra compasión por los pacientes cuya conducta autodestructiva y a menudo repugnante puede ser difícil de tolerar, y muy poco susceptible de empatía.

A este respecto, me ha resultado útil localizar en mi interior ecos de la experiencia del paciente. Por ejemplo, al exasperarme con una paciente cuyo resentimiento tenaz por las injusticias del pasado parecía hacerle daño sólo a ella, recordé lo mucho que me había costado perdonar en alguna ocasión. Comprendemos más profundamente a los demás, estoy seguro, a partir de la experiencia común. A veces, por supuesto, resulta muy difícil o muy incómodo reconocer los rasgos en común, incluso para nuestros adentros.

Para posibilitar la empatía –nuestra empatía por el paciente y la empatía del paciente por sí mismo–, se requieren intervenciones que tengan el potencial de disolver las barreras que la obstaculizan. La principal barrera de la empatía es la contratransferencia negativa del terapeuta. Cuando nos sentimos atemorizados, enfadados, despreciados o dominados por el paciente, nos cuesta ponernos en su lugar para comprender la lógica emocional de su experiencia. Y si el terapeuta no lo hace, el paciente no tiene ningún fundamento para extender la empatía hacia sí mismo.

Probablemente sea inevitable sentir la contratransferencia negativa. Tal vez sea incluso deseable, como modo de conocer al paciente y las reacciones que puede suscitar. Ahora bien, no es en modo alguno inevitable ni deseable ahogarse en la contratransferencia negativa. A veces basta con encontrar una manera de verbalizar nuestra experiencia problemática, ya sea en silencio o con el paciente, para modular tales sentimientos. Pero otras veces, no. Aquí es donde interviene la fijación de límites.

Fijación de límites

Cuando comunicamos un límite, no intentamos controlar al paciente. Es poco sensato intentar lo imposible. Sin embargo, nuestra capacidad de autocontrol nos permite comunicar al paciente lo que vamos o no vamos a hacer en determinadas circunstancias. La fórmula es: Si haces X, yo haré Y. Si me tiras algo, la sesión se acabó. Si me permites que hable con tu médico y con tu psiquiatra, entonces continuaré atendiéndote. Si me llamas para hablar de tus sentimientos suicidas, sólo te hablaré de si es o no necesario que llame a la policía para que te lleve al hospital. Obviamente, se requieren distintos tipos de límite según el paciente, el terapeuta y la situación. Pero con el tipo de pacientes que he descrito casi siempre se requieren límites para proteger a ambas partes y el tratamiento en sí. Estos límites impiden que los terapeutas reaccionen con una contratransferencia negativa demasiado intensa, que imposibilitaría la empatía y de paso eliminaría en el paciente el potencial de experimentar el

vínculo terapéutico como base segura.

Ceñirnos a los límites establecidos resulta inicialmente disruptivo, como cuando mandé la policía a la casa de un paciente cuando no fue capaz de asegurarme que no iba a suicidarse, y se puso furioso. Pero tales disrupciones son también ocasiones reparación. Posteriormente el paciente fue capaz de reconocer mi acción como fruto de un deseo de protegerlo y no como un deseo de provocarle daño o ejercer mi control. Con un paciente como éste, la voluntad del paciente de implicarse y luchar es absolutamente esencial; a falta de esta condición, el paciente puede sentir que nos hemos rendido con él, y el sentimiento puede ser justificado. Por supuesto, el compromiso y la lucha también pasan factura. Pero cuando los esfuerzos crean un vínculo más profundo, estrecho y productivo, y sobre todo cuando el paciente mejora,se convierte en una de las personas que más nos importan.

El vínculo: patrones y escollos

En cierto sentido, estos pacientes más atormentados tendentes a la ira pueden presentar la misma psicología que los pacientes preocupados tendentes a la impotencia, pero en ellos se amplifican todos los rasgos de esa psicología común. Los afectos son más extremos, al igual que su sentido de la inmersión en la experiencia, las limitaciones de la mentalización y la impulsividad asociada. Y aunque ambos tipos de pacientes preocupados viven en un espacio mental que ha sido colonizado, de alguna manera, por sus primeras figuras de apego, la naturaleza de tales figuras es diferente.

En el paciente impotente, la experiencia subjetiva es del otro interiorizado como una figura tan imponente que se apodera de casi todo el espacio mental, dejando poco espacio para la autodefinición. En la conversación interior, las voces son en gran parte de otras personas que responden alto y claro al yo, cuya voz apenas se distingue. En los vínculos, el paciente se muestra preocupado por el otro y apenas atento a sus propias necesidades, perspectivas y ambiciones.

Para el paciente airado, es como si el otro interiorizado no sólo fuera imponente sino también malévolo y a menudo amenazador. En los vínculos, el otro malévolo suele proyectarse en aquellas personas de las que el paciente se siente inclinado a depender, incluido el terapeuta. La consecuencia es que el paciente está absorto esquivando el peligro percibido, en lugar de reconocer e intentar satisfacer sus propios deseos.

Al definir una postura con tales pacientes, resulta útil recordar la explicación de Fonagy acerca de las respuestas de los padres seguros a sus hijos. Estas respuestas transmiten la empatía de los padres ante la angustia del hijo; su apreciación de los deseos, sentimientos y creencias que son el contexto de la conducta del hijo; y, por último, su capacidad de afrontar la experiencia que resulta abrumadora para el hijo. Los terapeutas debemos mostrar una receptividad similar con los pacientes cuya experiencia interna interpersonal resulta tan amenazadora, sobre todo porque ellos tienen muy poca capacidad de comprensión compasiva consigo mismos, muy poca conciencia de su propia intencionalidad y muy escasa confianza en que sea posible gestionar su experiencia.

Como carecen de un yo reflexivo o mentalizador, estos pacientes viven en un mundo subjetivo cuyo carácter viene definido más por la realidad física que por la psicológica, más por las acciones que por las palabras o los pensamientos, más por los cuerpos que por las

mentes. En consecuencia, tenemos que demostrar que estamos de parte del paciente, que comprendemos y que estamos en condiciones de afrontar la situación. Con tales pacientes, en muchos aspectos lo que les impacta es más lo que *hacemos* que lo que decimos, más lo que les *mostramos* que lo que les comunicamos.

Cuando su conducta nos expulsa, nos resulta incomprensible y nos hace sentir que ya será mucho si logramos salir del paso, conviene recordar que estos pacientes luchan internamente con fuerzas emocionales titánicas. La exteriorización o *interpersonalización* de esta lucha insoportable –el hecho de cedérnosla o «compartirla»– puede ser un modo de que el paciente gestione los sentimientos abrumadores y los comunique.

> En una sesión memorable, el paciente cuyo padre le había amenazado con un arma me dijo que le reconfortaba saber que podía volarse los sesos en cualquier momento con su propia pistola, recientemente adquirida, que guardaba en un cajón cerca de la cama. El mero hecho de sacarla y empuñarla, con el dedo en el gatillo, le relajaba. No tenía intención de matarse en ese momento, me aseguró, pero consideraba que el suicidio era su destino final.
>
> Al supe de la existencia de esta arma, me sentí sumamente ansioso, y por supuesto enfadado, por tener que afrontar una amenaza sobre la que tenía un control muy limitado. (También tenía el recuerdo terrible de un hombre al que había visto sólo una vez en el marco de una terapia de pareja. Antes de que tuviéramos la oportunidad de vernos en la segunda sesión, recibí un mensaje de su esposa en el que me comunicaba que se había pegado un tiro).
>
> Pregunté al paciente como se sentía después de haberme contado que tenía una pistola. Me dijo que se sentía aliviado, por tener el arma y por saber que yo estaba al corriente de ello: así no era ningún secreto. Genial, pensé, me alegra que seas tan sincero conmigo: Ahora voy a tener que castigarte por confiar en mí, quitándote tu manto protector. Me sentí como si estuviera apuntándome con la pistola a la cabeza. Le dije que las armas me daban miedo, que los pacientes suicidas con armas de daban mucho miedo, y que no podría ayudarle si seguía sintiendo este miedo. Se quería que yo siguiera trabajando con él, le dije, iba a tener que entregarme el arma.

Habría que analizar muchos aspectos de este episodio. Por ahora, lo cito únicamente para ilustrar varios puntos relativos a este tipo de pacientes. En primer lugar, el mundo subjetivo del paciente es un mundo de acciones físicas y el diálogo terapéutico con ellos es, ante todo, un diálogo de acción. En segundo lugar, el paciente me comunicó la naturaleza de su mundo a través de una conducta que lo evocaba en mi propia experiencia: hasta cierto punto pude sentir su miedo, su impotencia y su ira, junto con los míos propios. En tercer lugar, el conocimiento de que su conducta era comunicativa y de que mi conducta también debía serlo me ayudó a intervenir con firmeza sin ser punitivo ni amenazador; dicho de otro modo, me ayudó a afrontar la situación. En cuarto lugar, a lo largo de las siguientes sesiones fuimos capaces de situar la conducta tranquila en apariencia, pero profundamente desesperada, del paciente en el contexto de sus sentimientos insoportables y su conflicto por haber depositado esperanzas en mi ayuda. Éstas fueron las experiencias con las que el paciente (parafraseando a Fonagy, 2000) fue capaz reconocerse en la mente de un otro benévolo como un ser que piensa y siente. Y sí, me entregó el arma.

Por supuesto, estos pacientes nos ponen «a prueba» en repetidas ocasiones. Cabe esperar que salgamos airosos más veces de las que fracasamos. Pero incluso cuando fracasamos –por ejemplo, cuando adoptamos una actitud punitiva o distante–, existe la oportunidad de la reparación. Además, podemos demostrar al paciente en este contexto y otros que existe espacio para el fracaso, que cierto grado de fracaso es inevitable, y que puede tolerarse siempre que no confundamos la parte con el todo. Dicho de otro modo, podemos mostrar al paciente un mundo relacional y afectivo que no es o todo o nada, blanco o negro, ahora o

nunca. Más allá del mundo de la escisión en el que suele vivir el paciente, existe otro más integrado.

Sin embargo, conviene recalcar, al tratar a los pacientes que escinden y que, en lugar de expresar sus sentimientos, los llevan a la acción con consecuencias peligrosas y a veces mortales, puede llegar a esfumarse nuestra capacidad de mantener una perspectiva reflexiva e integrada. Ante el estrés y las exigencias de esta labor, en ocasiones nos sentiremos abrumados, asustados, impotentes y/o furiosos, como los recurrió a estos pacientes cuando sus padres, a causa de sus propias dificultades, depositaron sobre sus hijos cargas imposibles. Como terapeutas desde tales pacientes, nuestra tabla de salvación radica en el apoyo que podamos encontrar, después del hecho, en los demás, en nosotros mismos y, hasta cierto punto, en nuestras teorías. Además, se constata que muchos, sino todos, de estos pacientes pueden aprovechar su vínculo con nosotros para mejorar, para curarse.

El espacio de la atención plena y la meditación

La estrategia «hiperactivadora» de los pacientes analizados en este capítulo parece asociarse con un sistema nervioso autónomo sumamente reactivo. Tanto en un sentido literal como figurado, estos pacientes tienen un reflejo de sobresalto exagerado y tardan en recuperar el equilibrio. Son vulnerables a las reacciones intensas y rápidas ante las amenazas percibidas, como si las respuestas de la amígdala no estuvieran moduladas por el hipocampo. Cuando se activa la rama simpática del sistema nervioso autónomo, pueden inquietarse exageradamente, como si entrasen en una actitud de lucha o de huida. Cuando se dispara la rama parasimpática, pueden adormilarse, mostrarse disociados o «paralizados»

Como la meditación tiene el potencial de calmar el cuerpo (además de fortalecer la mentalización), puede desempeñar una función especialmente útil en el tratamiento de este subgrupo de pacientes preocupados, a algunos de los cuales he enseñado a meditar. Con algunos de estos pacientes, inicio cada sesión con un breve período de meditación. No es extraño que lleguen a la consulta en un notorio estado de agitación. Por lo general, nos cruzamos unas palabras para reconocer el sentimiento antes de empezar a meditar. Después de cinco o diez minutos de meditación, los pacientes se muestran más tranquilos y capaces de analizar la experiencia sin sentirse emocional y fisiológicamente abrumados por ella.

El origen de su hiperreactividad autónoma puede estar en las primeras experiencias de apego, que fueron traumáticas de forma aguda o crónica (Schore, 2002). Como he sugerido, los pacientes más problemáticos con un estado anímico preocupado con respecto al apego suelen traer a la terapia una historia de trauma o pérdida no resuelta.

14 El paciente irresoluto
Curar las heridas del trauma y la pérdida

La AAI identifica como irresolutos no sólo a algunos adultos preocupados, como los descritos en el capítulo anterior, sino también a otros que son negadores o incluso seguros. Este hallazgo puede ser coherente con el hecho de que casi todos tenemos «islas» de trauma y disociación en nuestra historia (Bromberg, 1998a). Sin embargo, por lo general, parece existir cierta relación entre un estado anímico irresoluto y ciertos problemas psicológicos severos. Los trastornos límite, disociativo y de estrés postraumático se asocian con la falta de resolución del trauma, como es el caso de una historia infantil de apego desorganizado (Dozier et al., 1999; Hesse, 1999; Solomon y George, 1999; Liotti, 1995; Solomon y Siegel, 2003; van IJzendorn, Schuenzel y Bakermans-Kranenburg, 1999).

Para identificar a los padres irresolutos, tenemos que prestar atención a los lapsus que se producen en el razonamiento o el discurso cuando los pacientes tocan las experiencias personales del trauma y/o la pérdida. Recordemos que no es la experiencia dolorosa abrumadora lo que tiene en sí un impacto persistentemente desorganizado por la personalidad; lo decisivo es la *falta de resolución* del paciente con respecto a dicha experiencia, sobre todo cuando se revela a través de los lapsus que describen Main y Hesse (Main, 1995; Hesse, 1999). En cuando tomamos conciencia de dichos lapsus, sabemos que el trauma y/o la pérdida tendrá una presencia significativa en la terapia del paciente. Ahora bien, el trabajo con el impacto del trauma no es *sui generis*. Como en todo tratamiento orientado al apego, la acción terapéutica radica en el vínculo.

Hace unos años atendí a una pareja que aparentemente sólo quería mejorar su comunicación. En la segunda sesión, el marido lanzó miradas a su mujer, Sarah, junto con unas palabras que apenas pude entender, pero que en esencia parecían un modo de pedir su aquiescencia a abordar *[...]* algo. Por lo que recuerdo, él acabó dando el titular y ella retomó la historia desde ahí. Al parecer, cuando la mujer era adolescente, un día llego del colegio y se encontró con que su padre había asesinado a su madre.

Al oír la revelación de esta pérdida terriblemente traumática me quedé estupefacto, casi sin habla. Sarah, por su parte, declaró con sosiego, pero con evidente impaciencia, que tal acontecimiento y sus consecuencias nada tenían que ver con su personalidad actual. Cuando la animé a que se abriera un poco para relatar su experiencia si se sentía segura para abordarla, su respuesta fue muy sorprendente.

Aunque anteriormente, en aquella misma sesión, se había mostrado implicada y emocionalmente accesible, en este momento habló de su descubrimiento del asesinato con una monotonía que trasmitía un desapego sobrecogedor. Su relato estuvo intercalado por varios silencios sumamente largos, durante los cuales adoptó una actitud introspectiva y de desconexión, como si se ensimismara. En esos momentos parecía que necesitaba que la trajeran de vuelta a la sala con una palabra o una pregunta en mi boca o en la de su marido. Intermitentemente, el relatar su pasado catastrófico, pasaba a utilizar el tiempo presente en su discurso.

Todos estos indicadores del trauma irresoluto –el aparente cambio en el estado de conciencia Sarah, su espantoso tono de desapego en la voz, la descripción del pasado y presente y las pausas prolongadas– pueden entenderse como un reflejo de la desorganización y la desorientación del «retorno de lo disociado». Esta paciente era incapaz de comentar su experiencia de traumas sin sentirse en cierto modo retraumatizada.

Por iniciativa mía, emprendió una psicoterapia individual en la que, con el tiempo, según pude saber, paulatinamente fue capaz de integrar y resolver el trauma que había tenido que disociar. En un momento posterior de la terapia de pareja declaró que, aunque intentaba pensar lo menos posible en el pasado, siempre estaba con ella: «Es como una piedra cortante en el zapato, y cuando tienes una piedra en el zapato, inevitablemente te deforma la manera de andar».

La terapia con los pacientes irresolutos, extraordinariamente difícil pero con un extraordinario potencial de gratificación, se asemeja a la de otros pacientes, aunque de forma acentuada. Con la mayor parte de los pacientes, fomentar la integración es una parte significativa de nuestro trabajo. Con los pacientes irresolutos para los que la disociación es un rasgo central y definitorio, fomentar diversos tipos de integración es el núcleo del trabajo. Asimismo, así como el vínculo con el terapeuta es una parte significativa de la terapia con la mayor parte de los pacientes, en el caso de los irresolutos el vínculo terapéutico es la terapia. Y, por último, está la cuestión de la memoria, que es más problemática para los pacientes irresolutos que para los demás.

Todos los pacientes están influidos por las experiencias de apego preverbales que quedan impresas y almacenadas como recuerdos procedimentales implícitos, las piezas de los modelos funcionales del hemisferio derecho, que modelan las pautas iniciales de relación, sentimiento y pensamiento. Tales recuerdos implícitos se han registrado antes del desarrollo no sólo del lenguaje sino también de las estructuras cerebrales –en particular, el hipocampo– que sitúan los recuerdos en un contexto en el que se puede captar su significado.

Pero recordemos: el hipocampo en desarrollo queda temporalmente desactivado por el trauma. Por lo tanto, para los pacientes irresolutos no sólo permanecen tácitos, intemporales y sin contexto los recuerdos implícitos de la experiencia preverbal –a menudo de naturaleza desorganizada– sino los de la experiencia *traumática* posterior. Incapaces de recuperar conscientemente tales experiencias en la memoria, los pacientes traumatizados tienden a revivirlas, sin sentido del recuerdo.

A menudo estos pacientes se han educado en vínculos de apego desorganizados que eran traumáticos al menos en dos sentidos: eran terriblemente dolorosos y no aportaban al niño un

contexto seguro con el que afrontar este dolor. La experiencia era de disrupción constante y devastadora pero sin reparación. Dicha experiencia genera en estos pacientes múltiples modelos incoherentes del yo, el otro y el vínculo entre ambos. Éstos son los modelos profundamente desalentadores que los pacientes irresolutos traen a la psicoterapia.

Como practicantes de lo que Freud denominaba profesión imposible, nuestra misión con tales pacientes consiste aportarles una experiencia distinta y modelo de vínculo diferente. Es decir, tenemos que generar un nuevo vínculo de apego que sea seguro, fiable e inclusivo, y en el que las disrupciones puedan repararse. Este vínculo debe fomentar también el desarrollo de los recursos del paciente, incluidos los que son necesarios para resolver el trauma pasado. El problema radica en que el paciente que desea conscientemente aliviar su sufrimiento se ve inconscientemente forzado a recrear con nosotros el viejo vínculo, profundamente inseguro, donde la ayuda y la esperanza no eran posibles. Y en el contexto del vínculo terapéutico que se percibe como inseguro, la resolución del trauma del paciente es imposible.

Superación del miedo del paciente a la seguridad

Una paradoja que define gran parte del tratamiento es el hecho de que el paciente irresoluto tiene dificultades para tolerar un vínculo seguro con un terapeuta que sintoniza de forma empática. La creación de un vínculo en el que el paciente pueda sentirse realmente seguro es esencial y difícil. Es el objetivo último de la terapia y el requisito para empezar a resolver el trauma del paciente. Este planteamiento puede parecer contradictorio hasta que se comprende que la creación de un vínculo seguro y la confrontación del trauma son procesos interrelacionados. Como explicaré más adelante, la progresiva adquisición de un sentido de la seguridad en relación con el terapeuta *resuelve* el trauma, y la progresiva resolución del trauma elimina paulatinamente la necesidad de que paciente experimente el vínculo terapéutico (y otros) como un reencuentro con las viejas amenazas.

Se establece una distinción entre el «trauma con T mayúscula», como el 11-S o el descubrimiento del asesinato de la madre por parte de mi paciente, y el «trauma con t minúscula», las repetidas experiencias de miedo, impotencia, humillación, pena y/o abandono del niño en relación con las figuras de apego que no le aportan ninguna reparación (Shapiro y Maxfield, 2003). El trauma con t minúscula se ha denominado también «trauma relacional» (Schore, 2002) y «trauma acumulativo» (Kahn, 1963). Dicho trauma induce al niño –y posteriormente predispone al adulto– a recurrir a primitivos mecanismos de autoprotección, incluidas la disociación y la identificación proyectiva. Estas defensas son en gran medida responsables de que el mundo interno peligroso del paciente cobre vida en el vínculo con el terapeuta.

El trabajo con estas defensas, a través de la sintonía empática y la fijación de límites que he descrito en capítulos anteriores, puede modificar paulatinamente la experiencia del paciente respecto del vínculo terapéutico. A medida que este vínculo se percibe como más seguro, establece un nuevo modelo funcional que «compite» con los modelos surgidos en respuesta al trauma infantil del paciente. En este sentido, la experiencia de un vínculo cada vez más seguro modula indirectamente el impacto del trauma inicial, al tiempo que sienta las bases para que pueda confrontarse de forma más directa el trauma del paciente.

No obstante, conviene tener en cuenta que el trabajo con el vínculo terapéutico y la confrontación del trauma son procesos interrelacionados. El análisis del vínculo produce sentimientos asociados con el trauma, al tiempo que el análisis de la experiencia traumática plantea cuestiones relativas al vínculo. Sólo con fines de claridad abordaré estos modos de trabajo como si fueran estrictamente independientes y sustanciales. Si acaso, se trata de una secuencia recurrente –seguridad en el vínculo y después tratamiento del trauma–, que se repite una y otra vez.

La consecución de un vínculo cada vez más seguro es un camino pedregoso, porque las defensas que utiliza el paciente para evitar el pasado doloroso acaban provocando su recreación en el presente. Por lo tanto, el desafío terapéutico consiste en responder a esta evocación del pasado de un modo firme pero empático, que abre paulatinamente una brecha entre los viejos apegos que irritan y aterrorizan al paciente y el nuevo vínculo de apego, cuyas posibilidades el paciente apenas puede imaginar.

Dicho de otro modo, nuestro objetivo consiste en habilitar a los pacientes que están profundamente inmersos en la experiencia –y por lo tanto inclinados a equiparar todos sus sentimientos y creencias con la realidad– para que capten destellos de un mundo que puede ser contrario a sus sentimientos y creencias. Con el tiempo, la visión de sí mismos a través de nuestros ojos y la participación en las interacciones que desmienten sus rígidas expectativas despiertan la capacidad de considerar más de una perspectiva sobre su experiencia: es decir, la capacidad de mentalizar. ¿Cómo se desarrollan en la práctica estas ideas sobre la interacción del trauma pasado, las defensas y el vínculo del paciente con el terapeuta?

A principios de la sesión inicial de una psicoterapia muy larga, el paciente –médico de urgencias al que llamaré Casey– me dijo que sus padres se habían quitado la vida. Probablemente al observar la expresión de mi cara, se apresuró a aclarar que se habían «quitado la vida lentamente» con el alcoholismo y otras formas de autoabandono. Al confrontar una serie de pérdidas durante el tratamiento varios meses después, Casey empezó a acariciar ideas suicidas. Mostraba signos evidentes de que ansiaba la ayuda pero era incapaz de encontrarla o aprovecharla, por motivos que se pusieron de manifiesto muy pronto, aunque al principio sólo ante mí.

Desde la primera infancia, Casey había tenido que ser el padre cuidador de su madre frágil y de su padre violento, así como de sus hermanos más pequeños. Aunque se sentía claramente abandonado y desatendido en este papel, le permitió evitar parte (aunque no la totalidad) de los ataques de ira y maltrato que habitualmente desgarraban su mundo. Ocuparse de los demás se convirtió para él en una fuente de identidad, así como una seguridad frente al ataque, pero era un papel que (sobre todo en relación con sus padres) interpretó por miedo.

Con un profundo enfado por haber tenido que asumir responsabilidades que no le correspondían, Casey había «optado» por no imponer a los demás las cargas que sus padres le habían impuesto a él, con la consecuencia de pasaron a considerarlo como una roca. Pero esta defensa contradependiente no sólo era visiblemente rígida sino también frágil. Entró en una depresión con tintes suicidas cuando se enfrentó a las pérdidas reales y a las amenazas de pérdida que, sospecho, despertaron el fantasma del abandono y el trauma. A pesar de sentirse abrumado, le costó mucho reconocer directamente su necesidad y aceptar mi ayuda.

Durante más de un año, la terapia fue una serie de emergencias consecutivas que ejercían tanto impacto en mí como en el paciente. Hubo infinidad de llamadas a altas horas de la noche, amenazas, gestos e intentos de suicidio, así como múltiples hospitalizaciones. Como sentía que mi deber era luchar por mantener vivo al paciente, a veces era presa de la ira, la ansiedad, la confusión y un sentido de la implicación compulsiva, como si un mero descuido en mi atención pudiera conducir a la muerte o alguna otra catástrofe.

Cuando dejaba de estar en la brecha (cosa que sólo conseguía de forma intermitente), reconocía que estos sentimientos guardaban relación con los que Casey había experimentado de niño con unos padres que no sólo eran amenazadores sino que ya empezaban a «quitarse la vida». El paciente nunca había sido capaz de integrar estos sentimientos abrumadores, y no estaba todavía en condiciones de hacerlo. En cambio disoció y logró evocar (que forma en gran medida inconsciente) sus propias experiencias insoportables en mí.

En virtud de mi propia historia, no me costó identificarme con ellas, no porque yo hubiera conocido exactamente el mismo trauma sino porque mis propias experiencias me habían preparado para identificarme profundamente con Casey y, a veces, para enactuar con él ciertos aspectos disociados de su vínculo traumático con sus padres.

Disociación, identificación proyectiva y contratransferencia

Antes de volver a la descripción de mi trabajo con este paciente, debo situarlo en el contexto de las defensas que protegen a este tipo de pacientes del impacto del trauma, aunque al mismo tiempo, por desgracia, propician que los elementos del trauma se revivan de forma recurrente. Tales defensas desempeñan un papel en la evocación de la contratransferencia en el terapeuta y, como lo que se evoca en el terapeuta suele enactuarse en el paciente, tales defensas ejercen una influencia considerable en la definición del vínculo terapéutico.

Empecemos por la «disociación», término que tiene dos significados distintos. Por un lado, designa varios tipos de «desintegración», incluida la escisión autoprotectora de un estado anímico insoportable (en el que, por ejemplo, el padre asesina a la madre) respecto de otros estados anímicos que son más tolerables y se integran más fácilmente con el sentido del yo en desarrollo. Por otro lado, la disociación designa también un estado de conciencia como de trance, alterado con fines defensivos, como aquel en el que se sumió mi paciente durante la terapia de pareja cuando reapareció el trauma del asesinato de su madre. Ambos tipos de disociación desempeñan un papel esencial en la experiencia y en la psicoterapia de los pacientes irresolutos.

La falta de integración domina la psicología de muchos de estos pacientes. La escisión –también denominada «disociación primitiva» (Kernberg, 1984)– es la característica defensiva de los pacientes con un trastorno límite de la personalidad. Conlleva formas de sentir, pensar y relacionarse que son o todo o nada, blanco o negro, o A o B, y producen experiencias del yo y del otro compartimentadas, hipersimplificadas, poco realistas e inestables. En el mundo subjetivo de muchos pacientes irresolutos, los seres humanos son héroes o villanos, perseguidores o víctimas, rescatadores o individuos indefensos. Y debido a la tendencia de dichos pacientes a confundir la parte con el todo, tanto ellos como las figuras con las que interactúan se desplazan fácilmente desde la categoría valorada hasta su puesto. En consecuencia, los vínculos con los demás –incluido el que se establece con el terapeuta– son inestables, tempestuosos y extraordinariamente difíciles para estos pacientes.

Desde una perspectiva ligeramente distinta, el mundo interno de los pacientes irresolutos se construye, en mayor o menor medida, sobre modelos funcionales y estados anímicos que han tenido que disociarse entre sí con fines defensivos. Por ejemplo, con el fin de que un niño maltratado evite vivir en un estado de perpetuo terror, los modelos derivados de las experiencias de miedo al maltrato han tenido que disociarse de otros modelos que surgen de las interacciones menos amenazadoras. Este historial crea discontinuidades radicales en el mundo interno del adulto, lo que genera una tendencia al cambio repentino de un estado anímico corriente a uno abrumador.

Desde un punto de vista neurobiológico, parte del precio de los primeros vínculos que requieren disociación es que el niño temeroso de esas figuras de apego no logra desarrollar plenamente las estructuras neuronales integradoras (como el hipocampo, el córtex orbitofrontal y el cuerpo calloso) que contribuyen a modular el sistema cerebral de respuesta

de emergencia, la amígdala. Sin la integración de la modulación, la hiperrreactividad de la amígdala provoca que se desencadenen en muchos pacientes irresolutos respuestas autónomas intensas ante estímulos relativamente inocuos.

Además de modelar la estructura psicobiológica de estos pacientes, la disociación también funciona como una defensa de primera línea. A menudo descrita como «la salida cuando no hay escapatoria» (Putnam, 1992, p. 173), la disociación no sólo supone una falta de integración sino que constituye un estado hipnoide en el que la relación del yo con la realidad se altera con fines defensivos. Como todas las defensas, aporta autoprotección pero pasa factura. Los pacientes irresolutos, al lograr que la realidad sea menos real, entrando en un estado de somnolencia o aturdimiento, han sido capaces de atenuar el impacto de las experiencias abrumadoras. Pero ese mismo estado alterado que aleja las realidades dolorosas también les impide afrontar de forma efectiva dichas realidades. La consecuencia es que los pacientes irresolutos viven como si se negaran a identificar el olor del humo procedente de un incendio activo en el sótano. Permanecen siempre al borde del agobio, como si (por recurrir a otra metáfora) estuvieran siempre esperando el desenlace fatal, sin darse cuenta de que lo malo ya ha ocurrido.

Además, la disociación como estado alterado suele entrañar experiencias de «abandono del cuerpo», que pueden tener consecuencias muy problemáticas. El cuerpo abandonado físicamente con el fin de evitar la experiencia dolorosa se pierde en cierto sentido; ya no es el cuerpo de la persona. En ese proceso, los marcadores somáticos de la emoción se vuelven inaccesibles o difíciles de leer para muchos pacientes irresolutos. Bessel van der Kolk lo explica de este modo a propósito de los supervivientes del trauma: «Su incapacidad de traducir los estados somáticos en palabras y símbolos les induce a experimentar las emociones simplemente como problemas físicos. [...] Experimentan la angustia en términos de órganos físicos, no como estados psicológicos» (van der Kolk, McFarlane y Weisaeth, 1996, p. 423). El cuerpo de los pacientes que disocian puede llegar a ser un campo de batalla en el que se dirimen las cuestiones psicológicas. En parte como consecuencia de ello, dichos pacientes suelen padecer muchos problemas físicos. Una complicación adicional: Como son capaces de desconectarse de su cuerpo, les cuesta cuidarlo. Por último, los pacientes que disocian son presa del pánico cuando empiezan a sentirse demasiado desgajados de sí mismos y de su cuerpo, por lo que necesitan medidas drásticas de reconexión. La automutilación en forma de cortes, quemaduras o golpes que se infligen les permiten sentirse de nuevo «corporizados», cuando la disociación los deja descorporizados e irreales. El trabajo con el cuerpo –un elemento clave en la psicoterapia de los pacientes irresolutos– es un asunto que abordaré en el capítulo 16.

La disociación que escinde las partes del yo que Sullivan (1953) denomina el «yo malo» y el «no yo» permite que los pacientes irresolutos se «desidentifiquen» con una serie de experiencias subjetivamente insoportables, del pasado y el presente. Sin embargo, lo que se disocia con fines defensivos no desaparece, aunque puede relegarse a la periferia de la consciencia. Las experiencias, los recuerdos, las representaciones y los sentimientos desintegrados y negados buscan, en sentido figurado, un hogar.

Si no logran acomodarse psicológicamente en el paciente, tienen que resituarse en el otro. Se trata de una identificación proyectiva defensiva, y en el contexto del tratamiento el «otro»

es, por supuesto, el terapeuta. En el proceso de reubicación de la experiencia disociada en el otro (nosotros, como terapeutas), el paciente nos trata de manera que evoca en nosotros lo que no soporta dentro de sí y llegamos a identificarnos con ello.

La contratransferencia, concebida en un sentido amplio, surge de la interacción entre las identificaciones proyectivas del paciente y nuestra propia psicología. Es acaso inevitable que los terapeutas de un paciente irresoluto enactuemos de alguna manera lo que el paciente nos invita proyectivamente a escenificar, porque la contratransferencia, hasta que se reconoce y se afronta como tal, tiende a enactuarse. Así pues, si queremos generar con el paciente un vínculo mejor que los de su pasado traumático, es fundamental que intentemos reconocer la situación de transferencia-contratransferencia que se desarrolla.

La consciencia de la contratransferencia tiene la capacidad de frenar las enacciones destructivas. Éste es quizá el motivo más importante para prestar atención a lo que hacemos, sentimos y queremos en relación con estos pacientes irresolutos. Si reconocemos la naturaleza de nuestra participación en el vínculo terapéutico, aumenta la probabilidad de que nos comportemos de forma que se contengan (en lugar de activarse y/o negarse sin más) las reacciones de contratransferencia «negativa».

A este respecto, en la relación con los pacientes irresolutos me ha sido de enorme utilidad pensar en función de sus modelos funcionales del yo y el otro. Se ha teorizado (Liotti, 1995, 1999) que los pacientes traumatizados que disocian –como el caso comentado anteriormente de Casey, el médico hijo de un padre violento– tienen hasta cuatro experiencias distintas de sí mismos en relación con los demás. Como han experimentado el maltrato, la desatención, la pérdida o el trauma relacional acumulativo a manos de las figuras de apego, tienen un modelo de sí mismos como víctimas. Dado que se han experimentado como responsables del trauma y han reaccionado con enfado ante él –tal vez, incluso, identificándose con el agresor–, tienen un modelo de sí mismos como perseguidores. Como han experimentado con las figuras de apego la inversión de roles implícita en la «parentificación» –recordemos que los niños desorganizados suelen convertirse en cuidadores (es decir, controladores)–, tienen un modelo de sí mismos como rescatadores. Y por último, como han recurrido frecuentemente a la disociación, tienen un modelo de sí mismos como confusos o cognitivamente incompetentes.

Conviene tener en cuenta que lo que se desarrolla en la interacción de transferencia y contratransferencia es un *vínculo*. Por ejemplo, continuamente me he sentido obligado a rescatar a Casey, del mismo modo que él probablemente se habrá sentido obligado –por miedo– a rescatar a sus padres. Al mismo tiempo, en nuestras interacciones Casey se mostraba tan poco implicado en su cuidado personal como sus propios padres en el cuidado de sí mismos. De este modo, mi identificación de contratransferencia era con el componente del «yo» del modelo funcional del paciente, mientras que él se identificaba con el de sus padres. Como veremos enseguida, yo pude desempeñar también el papel de contratransferencia de sus padres enfadados o negligentes, mientrias que Casey –comprensiblemente desconfiado con dicha figura– se aproximaba a mí con cautela y luego se distanciaba.

Superación del miedo del paciente a la seguridad (continuación)

Durante el período en que Casey manifestaba una conducta peligrosa para sí mismo, me

reunía con él tres veces por semana y hablábamos por teléfono casi a diario. Para mí, para su médico y para su psicofarmacólogo era evidente que luchábamos por salvarle la vida. Sin embargo el paciente, apaciguado por la disociación y la automedicación, reiteradamente se alejaba de la crisis hacia la negación. En los momentos de crisis buscaba la ayuda desesperadamente; en cambio, durante las fases de negación se obcecaba en que no era necesaria. En esta segunda fase, a menudo amenazaba con dejar la terapia, después de haberme dicho que, si tomaba esa decisión, yo tendría la certeza de que iba a quitarse la vida. En varias ocasiones me sentí furioso, asustado y confuso en relación con este paciente, pero casi siempre prevalecía la necesidad de protegerlo.

A veces me percataba de que todos estos sentimientos eran, en parte, resultado de las comunicaciones no verbales, proyectivas y enactivas de Casey sobre su mundo interno. Cuando estaba profundamente inmerso (es decir, «atascado») en la experiencia de nuestro vínculo, estas comunicaciones me atenazaban, de manera que yo alternaba entre los papeles de perseguidor, víctima, cuidador incompetente o rescatador de Casey. Cuando era capaz de zafarme, tales comunicaciones me permitían empatizar con la experiencia disociada del paciente. También me aportaban pistas con respecto al modo en que debía intervenir.

En un determinado momento, cuando Casey adoptó la costumbre de llegar tarde a la consulta, empecé a enfadarme cada vez más. Su conducta caótica y autodestructiva era una evidente petición de ayuda, pero él no hacía prácticamente nada por ayudarse a sí mismo. Me sentí como si estuviera generando un vínculo en el que yo era el único responsable de Casey, del mismo modo en que, cabía sospechar, él se había sentido solo en la responsabilidad que sus padres le habían impuesto cuando era niño.

Entonces, durante una sesión a la que llegó tarde, sin justificar su retraso, me amenazó con dejar la terapia. En un primer momento me exasperé, pero después me asombró la insoportable sensación de que me dejaba plantado. Sin embargo, junto con esta sensación cristalizó una imagen, y con ella se produjo un cambio en mi sentimiento y mi comprensión acerca de la conducta de Casey.

Impulsado por eso y por la necesidad de plantear la cuestión, le dije que comprendía su deseo de dejar la terapia. Le dije que tenía en mi mente la imagen de él como un bebé al que tenían en brazos y al que de pronto soltaron. Nuestro vínculo, sospecho, era como una invitación a sentir que lo abrazaban y luego –inevitablemente– lo iban a soltar.

Entonces fue él quien se quedó estupefacto. Atónito, pero como si por primera vez en mucho tiempo volviera al presente, me dijo que le «sobrecogía» la profundidad de mi sentimiento acerca de su experiencia y que sí, en efecto, le resultaba imposible creer que yo no fuera a soltarlo. Era sólo cuestión de tiempo. Pero aseguró que también ansiaba ser capaz de esperar lo contrario. Durante el breve silencio que siguió, percibí un reconocimiento mutuo de que habíamos encontrado el equivalente emocional de la calma en medio de la tempestad.

Al cabo de unos instantes le dije que, para que yo pudiera abrazarlo y no soltarlo, era importante que intentara dejarse abrazar. Añadí que no tenía claro si él sería capaz de lograr eso, pero que por mi parte iba a esforzarme por ayudar: en concreto, no iba a aceptar que dejara la terapia ni que llegara tan tarde que a veces nos quedaba menos de media hora de sesión. Le dije que, en el futuro, si llegaba con más de 20 minutos de retraso, no lo recibiría pero le cobraría igual. No protestó y empezó a llegar puntual a las sesiones. Había logrado establecer un límite que me permitió sentirme menos enfadado, menos como si soltara al bebé. Sospecho que ese mismo límite contribuyó a que Casey se sintiera menos «mal», menos inmanejable y más firmemente abrazado.

Lo que pretendo comunicar aquí es la sinergia terapéutica entre la sintonía empática y la fijación de los límites adecuados. Con este tipo de pacientes, ambos elementos son necesarios y ninguno es suficiente por sí solo. Sin la sintonía empática del terapeuta, el paciente no puede sentirse comprendido ni sentido. Sin la fijación de los límites necesarios para proteger al paciente y al terapeuta, lo más probable es que acabemos demasiado abrumados y enfadados para ofrecer empatía o cualquier otro tipo de ayuda relevante. También espero transmitir la

necesidad y la importancia de nuestra propia experiencia subjetiva –nuestros sentimientos, imágenes, impulsos– así como de las teorías que nos ayuden a percibir qué necesitan de nosotros los pacientes irresolutos.

Probablemente la necesidad más inmediata, aunque también continua, de los pacientes como Casey radica en que los ayudemos a gestionar sus propios afectos abrumadores. Nuestra identificación y empatía, los límites que establecemos, la disponibilidad fiable y nuestro interés son elementos de la regulación interactiva del afecto que pretendemos aportar de un modo que no estaba al alcance de las figuras de apego iniciales del paciente. Las palabras que empleamos para nombrar los sentimientos del paciente y para contextualizarlos son también un factor clave en esta regulación mutua del afecto. Cuando logramos aportar esta ayuda, desmentimos las expectativas transferenciales del paciente y reforzamos el sentido del vínculo terapéutico como base segura.

A veces resulta muy difícil aportar este tipo de ayuda. Se requieren varias fases de sintonía, falta de sintonía y reparación interactiva para que el paciente llegue a confiar en el potencial regulador de las emociones del nuevo vínculo. Las secuencias repetidas de disrupción y reparación son esenciales, porque el paciente a menudo percibe nuestra ayuda como inservible para soportar los sentimientos dolorosos. También puede experimentarla como controladora, inclusiva y/o carente de sintonía. O puede registrarla como una peligrosa invitación a un nuevo episodio de abandono.

Tales respuestas suelen reflejar la ausencia de interacciones adecuadas de regulación del afecto con las figuras de apego iniciales del paciente, así como la presencia de interacciones que fueron traumáticas. Los recuerdos implícitos de estas interacciones se reviven en relación con el terapeuta, aunque el paciente irresoluto es en gran parte inconsciente de ello. Sin embargo, después de varias secuencias de disrupción y reparación con una gran carga emocional, que parecen desmentir las expectativas traumáticas del paciente, las cosas empiezan a cambiar. A medida que el paciente comprende que puede confiar en el vínculo terapéutico como fuente de seguridad, adquiere una mayor capacidad de reconocer su onerosa tendencia a experimentar el presente como si no fuera distinto del pasado.

Verbalizar el trauma

Yassir, contratista palestino, siguió una terapia discontinua conmigo. Hacia la mitad de una sesión reciente, de pronto se incomodó. Empezó a sudar y parecía ansioso. Tenía una sensación de claustrofobia y estaba asustado, pero no entendía por qué. Cuando exploramos este sentimiento de claustrofobia, recordó una experiencia que había tenido a los ocho años en Jericó a principios de la guerra de 1967.

Narra el recuerdo en tiempo presente. Se oyen las sirenas antiaéreas y los reactores. En el exterior, al alzar la vista desde la calle, ve reactores y combates aéreos en el cielo. Corre para ponerse a salvo de lo que resulta ser un refugio antiaéreo peligrosamente abarrotado. Al bajar las escaleras, siente que se sofoca. Intenta llegar a toda costa a la salida, pero una fuerza lo arrastra hacia abajo. Siente terror.

Entonces comenta algo sobre los meses que siguieron: la huida de su familia a Jordania –los coches ardiendo, los cuerpos de los muertos y heridos por el camino– y el posterior regreso de la familia cruzando de noche, clandestinamente, el río Jordán, donde las aguas llegaban hasta la altura del hombro y había que levantar a los bebés para que no se ahogaran. En este punto, guarda silencio y le pregunto qué es lo que experimenta. Me dice que sabe que me costará creerlo, pero la respuesta es: absolutamente nada.

Luego dice: «Aquí está muy cargado el ambiente».

Volveré a analizar esta sesión dentro de un momento, pero primero quiero destacar la importancia de recordar y verbalizar las experiencias de los acontecimientos traumáticos con los pacientes irresolutos, en lugar de reexperimentar los sentimientos relacionados con el trauma en el vínculo con el terapeuta, sin el «compás» adecuado. Los recuerdos intrusivos del trauma irresoluto, así como las defensas contra tales recuerdos, producen una sensación de impotencia. Nombrar los sentimientos asociados con el trauma confiere una creciente sensación de dominio. Además, los recuerdos del trauma no procesado están «congelados» en el tiempo, con la consecuencia de que el pasado histórico se experimenta subjetivamente como presente. Cuando pueden revisarse las viejas experiencias traumáticas sin que el paciente se sienta retraumatizado, los recuerdos del trauma cambian. Parafraseando a Stern (2004), ahora tiene un «nuevo contexto de remembranza» que puede ser transformador, pues los acontecimientos abrumadores se recuerdan con sentimiento y su significado se elabora en la (relativa) seguridad del vínculo con un otro más fuerte o más sabio. Dentro de dicho contexto, el trauma del paciente irresoluto empieza a confinarse a su propio tiempo y lugar, en lugar de permanecer como una presencia permanentemente inquietante.

Al establecer un nuevo contexto para el trauma, también es necesario establecer conexiones entre el pasado inquietante y sus consecuencias actuales. Así pues:

> Como Yassir dijo que el ambiente estaba cargado en la consulta, le pregunté si tenía sentimientos claustrofóbicos en ese momento. Cuando respondió «Un poco», yo ya estaba abriendo las ventanas y descorriendo las cortinas. Respiró profundamente varias veces y al instante se sintió aliviado. Exploramos por qué no me había pedido antes lo que sabía que quería y necesitaba, es decir, más aire en la sala. Esa exploración nos condujo a analizar su culpabilidad de superviviente.
>
> Un año antes de que empezara la guerra, su madre había dado a luz a un hijo profundamente discapacitado, y su padre, que había sido un «pez gordo», sufrió un infarto y tuvo que vender lotería en la calle. Fue en esta época cuando Yassir decidió que sus necesidades («de zapatos, de educación») tenían que relegarse a un segundo plano, porque las necesidades de los demás eran prioritarias. De ahí su inhibición para expresar sus deseos. También analizamos su experiencia cotidiana de miedo casi omnipresente, que parecía dispuesto a racionalizar. El establecimiento de conexiones entre su historia traumática y su aprensión actual iba a ser un proceso de trabajo continuo.

Como muchos pacientes irresolutos, era sumamente reacio a bajar la guardia. Como se preparaba para la siguiente catástrofe, no estaba tan convencido de que la catástrofe que temía ya hubiera ocurrido.

La mentalización y la atención plena

Recordar el trauma sin retraumatizarse, nombrar los sentimientos y sensaciones corporales asociados al trauma, explicitar los recuerdos implícitos –todo ello dentro del contexto de un vínculo terapéutico cada vez más seguro y regulador del afecto– son algunos ingredientes esenciales del tratamiento de los pacientes irresolutos. También lo son la mentalización y la atención plena.

Cuando respondemos al paciente a la luz de los sentimientos, necesidades y creencias que subyacen a su conducta, empezamos a despertar su capacidad biológica de mentalizar. Con esta capacidad, el paciente puede distanciarse cada vez más de su experiencia inmediata –por ejemplo, la experiencia del miedo– con el fin de comprenderla. Tal reflexión confiere un

mayor sentido del control sobre los sentimientos y la conducta, y los vuelve más significativos y impredecibles. Esto contribuye a generar, a su vez, un tipo de seguridad que escasea sobre todo en los pacientes irresolutos.

Por último, la atención plena desempeña un papel importante tanto para el paciente irresoluto como para su terapeuta. En el caso del terapeuta, la capacidad de alcanzar un estado atento reduce las presiones de contratransferencia que surgen en el tratamiento de los pacientes traumatizados. Para el paciente irresoluto, la meditación de atención plena tiene el potencial de aportar, en el plano emocional, un refugio en medio de la tempestad (Linehan, 1993). Como veremos en el capítulo 16, la atención plena al cuerpo (y sobre todo a la respiración) puede servir no sólo como antídoto para el pánico y la disociación, sino como medio para atenuar gradualmente la hiperrreactividad autónoma del paciente. Por último, la práctica atenta de observar y etiquetar los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales (en lugar de eludirlos o de ser arrollado por ellos) puede afianzar la incipiente capacidad mentalizadora del paciente (Allen y Fonagy, 2002). Puede ser un apoyo muy útil para el paciente irresoluto en el que la pulsión de las emociones, sensaciones y creencias es casi irresistible.

V Perfeccionamiento de la labor clínica

Al aportar al paciente una base segura, le ofrecemos una experiencia relacional correctiva que en sí entraña efectos curativos. Desde esta perspectiva, el vínculo de apego que desarrolla el paciente en relación con el terapeuta puede ser la intervención terapéutica fundamental. No obstante, el vínculo de apego también sirve como contexto excepcionalmente eficaz en el que se integran las facetas disociadas de la experiencia del paciente y se alimenta su potencial de reflexionar y de vivir con atención plena. En los tres próximos capítulos veremos cómo puede aprovechar al máximo el terapeuta este nuevo contexto de desarrollo.

El capítulo 15 describe en detalle los modos en que podemos utilizar nuestra experiencia subjetiva y nuestra conciencia de las enacciones cocreadas como puertas de acceso al ámbito no verbal, que suele ser también el ámbito de lo disociado.

El capítulo 16 se centra en el cuerpo. Las sensaciones y expresiones somáticas, el movimiento y la postura del paciente, al igual que los del terapeuta, hablan sin palabras. Trabajando con el cuerpo podemos acceder a las emociones del paciente y contribuir a regularlas. Y como la experiencia prelingüística y el trauma se registran tanto en el soma como en la psique, prestar atención al cuerpo puede sacar a la luz la experiencia tácita y disociada.

En el capítulo 17 se describen la mentalización y la atención plena, vías complementarias de liberación psicológica. La primera nos libera a través de la comprensión; la segunda, a través de la aceptación, la presencia y la consciencia. Los

terapeutas podemos impulsar por diversos medios el cambio de la postura del paciente con respecto a la experiencia en una dirección más reflexiva y atenta. El éxito del intento dependerá del grado de dominio con que cultivemos nuestras propias capacidades de mentalización y atención plena.

15 El ámbito no verbal I
Cómo trabajar con lo evocado y lo enactuado

En una psicoterapia orientada al apego, nuestro objetivo es generar con el paciente un nuevo vínculo más afinado, inclusivo y colaborativo que los que lo formaron inicialmente. Por diversos motivos, la creación de dicho vínculo requiere centrar la atención en el subtexto emocional no verbal del diálogo terapéutico. La experiencia de apego preverbal del paciente, el trauma para el que no tiene palabras, los sentimientos y necesidades que ha tenido que disociar no son accesibles en la enunciación directa del paciente sino a través de lo que evoca en nosotros, lo que enactúa con nosotros o lo que corporiza.

Así pues, a medida que escuchamos las palabras del paciente y respondemos con las nuestras, debemos prestar atención a las corrientes ocultas emocionales, relacionales y viscerales/somáticas que definen la interacción verbal. Las palabras pueden transmitir o no un significado relevante. En cambio, el subtexto implícito no verbal casi siempre es significativo. El *sentimiento* de lo que sucede *aquí* –la percepción de lo que ocurre en el vínculo terapéutico– es lo que puede guiarnos hacia los elementos más destacados de la experiencia del paciente y de las interacciones que cocreamos.

Para minimizar el riesgo de que las palabras del paciente monopolicen nuestra atención, debemos acordarnos de «leer» su lenguaje corporal: las expresiones faciales, la cadencia y el tono de voz, el ritmo y la localización de la respiración, así como los matices de la postura, el gesto y otros elementos similares. Asimismo, debemos hacer una pausa y respirar hondo, por así decirlo, con el fin de captar lo que sucede en nuestro interior, no tanto los pensamientos

discursivos cuanto la experiencia corporal y emocional. ¿Nos sentimos plenamente presentes, sensibles a nuestras emociones e implicados con el paciente? Si no es así, ¿cuál es la naturaleza de nuestra experiencia? ¿Y en qué sentido se relaciona con la experiencia de paciente? Aquí hacemos introspección para ampliar nuestro conocimiento sobre el paciente y sobre el carácter y el significado de nuestra receptividad ante el paciente.

Los estudios acerca del apego ponen de manifiesto que el estado anímico de los progenitores ejerce una influencia crucial en el desarrollo del niño. La experiencia clínica (en el diván y fuera de él, por así decirlo) sugiere que el estado anímico del terapeuta con respecto al apego ejerce una influencia asimismo crucial, aunque tal vez menos poderosa, sobre el desarrollo del paciente en la psicoterapia.

Con el fin de tomar conciencia del impacto de nuestros estados anímicos sobre el paciente, debemos prestar atención a sus reacciones ante lo que decimos y hacemos, o ante lo que no decimos o no hacemos. Para reconocer estas reacciones afectivas es preciso prestar atención a las palabras del paciente, por supuesto, pero también a su comunicación no verbal. Aquí nos centramos en la experiencia del paciente en sí y como modo de reconocer la naturaleza de nuestra propia participación en el vínculo.

Esto nos lleva directamente a la cuestión de las enacciones de transferencia-contratransferencia, es decir, a la expresión conductual de la interacción entre las subjetividades del paciente y el terapeuta. Dado que las enacciones son continuas e inevitables, la cuestión no es *si* participamos en una enacción, sino *de qué modo*. ¿Qué estamos *haciendo* con el paciente? ¿Qué papeles nos sentimos inclinados a asumir? ¿En qué centramos la atención? ¿Qué es lo que evitamos? ¿Y qué motivaciones inconscientes impulsan nuestra parte de la enacción?

Como las enacciones surgen de las influencias *entrelazadas* de la transferencia y la contratransferencia, tomar conciencia de nuestra propia aportación a la interacción suele ser un requisito previo para esclarecer las aportaciones del paciente.

Este tipo de autoconsciencia suele producir intervenciones intuitivas que potencian la sensación de sintonía y colaboración entre el paciente y el terapeuta en su búsqueda de objetivos comunes. El paulatino perfeccionamiento de este sentido de la «adecuación» es uno de los modos más importantes en que la pareja terapéutica genera un nuevo vínculo de apego capaz de transformar los modelos funcionales inseguros del paciente en modelos seguros «adquiridos».

Como expliqué en el capítulo 8, los terapeutas y los pacientes participan conjuntamente en un proceso de ensayo y error orientado a encontrar dicha adecuación a través de la «improvisación de los movimientos relacionales» (Lyons-Ruth y Boston Change Process Study Group, 2001; Change Process Study Group, 2005). Por un lado, este proceso se desarrolla de forma implícita (e inicialmente, no verbal), a medida que ambas partes perciben lo que sucede en su interior, en el interior del otro y entre ambos, y responden en consecuencia. Por otro lado, explicitar esa experiencia implícita puede ser una parte fundamental de los procesos de reconocimiento que incrementan la probabilidad de que «moverse» en la psicoterapia sea también «avanzar».

Con el fin de contribuir a que los clínicos trabajen de manera efectiva con la dimensión no verbal implícita de la interacción terapéutica, he postulado que lo que los pacientes no son

capaces de expresar tiende a evocarse, enactuarse o corporizarse. Aunque el análisis que presentaremos en este capítulo y en el siguiente se organiza en consecuencia, estas categorías nunca son tan nítidas en la práctica como en la teoría. Solemos enactuar lo que los pacientes evocan en nosotros. Lo que encarnan suelen evocarlo en nosotros. Y así sucesivamente.

Además, como ya he señalado, las corrientes ocultas del vínculo terapéutico raras veces fluyen exclusivamente en una dirección. Podemos ser para los pacientes una presencia tan evocadora como ellos para nosotros. Podemos ser tan responsables del inicio de las enacciones como el propio paciente. Y podemos ser tan propensos como el paciente a expresar involuntariamente nuestros sentimientos a través del cuerpo.

Sin embargo, el vínculo terapéutico no sólo se caracteriza por este tipo de reciprocidad, sino también por la asimetría. Aunque el paciente y el terapeuta se influyen mutuamente y comparten muchas vulnerabilidades, la formación, la experiencia clínica y la terapia personal (o incluso la historia personal) del terapeuta confieren ventajas de las que carece el paciente. Entre ellas destacan una notable capacidad de tolerar, reconocer y explicar los sentimientos propios y ajenos, así como un reconocimiento experimental de la fuerza del inconsciente.

Además, las funciones del terapeuta y el paciente son muy diferentes entre sí. El primero está ahí para ayudar, el otro para recibir ayuda. Al fin y al cabo, la vulnerabilidad, el descontento y la esperanza del paciente (que no las nuestras) son lo que constituyen el foco principal y la razón de ser del vínculo terapéutico. Esta asimetría crea un contexto en el que podemos sentirnos no sólo más seguros que el paciente sino más seguros que en cualquier otra circunstancia. En consecuencia, somos más capaces de aportar la flexibilidad y la sintonía empática (incluida la sintonía con la experiencia afectiva no verbal) que posibilitan un vínculo de apego seguro.

Como ya vimos en el capítulo 10, la teoría intersubjetiva y relacional constituye un recurso sumamente poderoso para trabajar con la experiencia no verbal que los estudios del apego identifican como elemento central. En concreto, este corpus teórico explica cómo podemos abordar de forma efectiva lo que se evoca y se enactúa en el vínculo terapéutico. Dicho de otro modo, la teoría nos ayuda a reconocer, comprender y modular las interacciones de transferencia-contratransferencia que son implícitas y no verbalizadas. Estas interacciones, inicialmente inconscientes, pueden ser un recurso valioso, pero también un obstáculo.

Antes de analizarlas en detalle, quiero citar algunas investigaciones y teorías clínicas relativas a las diferencias individuales en la percepción y la expresión de la experiencia en el ámbito no verbal. Porque el modo en que los terapeutas y los pacientes se comunican e interpretan los mensajes no verbales tiene una enorme influencia en la probabilidad de que acaben sintiendo que están en sincronía y avanzan juntos. Como la comunicación no verbal varía en función de los estilos de apego de cada cual, conocer estas diferencias puede ser útil para entendernos a nosotros mismos y a nuestros pacientes.

La comunicación no verbal

La «receptividad sensible» que fomenta la seguridad en los primeros vínculos depende, en gran medida, de la aptitud de las figuras de apego para leer con precisión las señales no verbales del niño, así como para comunicar de forma no verbal respuestas contingentes, es

decir, sintónicas, acordes o coherentes con las señales del niño. Asimismo, la sintonía empática con el paciente depende, en gran medida, de nuestra capacidad de leer con precisión sus señales no verbales y de responder por medios no verbales (y verbales), de tal forma que el paciente perciba que el terapeuta no sólo comprende sus estados internos sino que de alguna manera los *siente* (Schore, 2003; Siegel, 1999).

Aunque todos quisiéramos ser elocuentes en el lenguaje de la comunicación no verbal, la capacidad de comprender y transmitir mensajes no verbales varía según las personas. Las investigaciones sociopsicológicas sugieren que los individuos seguros son más aptos que los no seguros para la comunicación no verbal (Schachner, Shaver y Mikulincer, 2005). Sus mensajes no verbales suelen ser más claros y directos, al tiempo que tiende a ser más precisa su lectura de los mensajes no verbales de otras personas.

La comunicación no verbal de los individuos inseguros puede ser problemática de modos que son en parte dependientes de su estilo de apego. Empecemos por la dimensión expresiva. La conducta no verbal de los individuos descritos por los psicólogos sociales como «elusivos» (es decir, negadores) tiende a ser bastante limitada, en comparación con la de los individuos seguros. Sus expresiones faciales son menos reveladoras, miran y tocan menos a los demás, y su tono de voz puede transmitir sentimientos menos positivos. En los contextos relacionados con el apego, buscan menos el apoyo no verbal y tienden más a apartar la mirada o a darse la vuelta. En cambio, la conducta no verbal de los individuos descritos como «ansiosos» (preocupados) suele ser bastante expresiva, sobre todo cuando buscan apoyo y/o cuando sus emociones son negativas.

En cuanto a su sensibilidad a las pistas no verbales, sobre todo aquellas que indican necesidad o angustia, los individuos elusivos parecen ajenos o ciegos a tales señales, mientras que los ansiosos tienden a hiperreaccionar, respondiendo veces a signos que imaginan o que no perciben con precisión. En general, los individuos inseguros evalúan a los demás de modos tendenciosos, pero particulares. Los estudios indican que los adultos elusivos son propensos a asumir que son diferentes de los demás y tienden a ver en los demás evidencias (proyectadas) de sus propios rasgos *indeseados*. En cambio, los adultos ansiosos suelen asumir que los demás son similares a ellos, y tienden a ver evidencias (proyectadas) de rasgos *reales* de sí mismos en los demás (Mikulincer y Shaver, 2003). Estas pautas de tendenciosidad (falsa diferenciación o falso consenso) y proyección (de rasgos indeseados o reales) pueden desempeñar un papel importante en las reacciones de transferencia del paciente. También pueden ser un factor relevante en nuestras respuestas de contratransferencia. Y, por supuesto, ambas interactúan entre sí.

Por ejemplo, un paciente negador que con aire de culpabilidad tendía a negar su propia agresión solía leer (o malinterpretar) enfado en mi tono de voz o en mi expresión facial. Desde una perspectiva, yo podía entender su interpretación tendenciosa como consecuencia de la proyección y la falsa diferenciación. Según su lectura de mis señales no verbales, yo estaba enfadado y él no. Por otro lado, la transferencia de este paciente era incuestionablemente «ratificada» a veces por mi contratransferencia. Su mirada escrutadora ante mi hostilidad, junto con mi propia tendencia a asumir que compartíamos un mismo sentido de la vulnerabilidad (falso consenso), evocaba en mí una respuesta demasiado protectora y controlada. Y al sentirme limitado por tener que ir con pies de plomo con lo que revelaba al

paciente de forma no verbal, paulatinamente me iba irritando con él.

En la misma línea, una paciente preocupada que solía sumirse en estados de angustia no sabía qué pensar cuando veía (o creía ver) signos no verbales de disgusto en los demás, hasta que le confirmaban –en respuesta a su interés– que estaban perfectamente. Por lo que respecta a su vínculo conmigo, me dijo que creía que no haríamos buena pareja porque los dos éramos demasiado temperamentales. ¿Era un caso de falso consenso? Tuvimos una interesante conversación sobre su sentido de nuestra psicología común.

Además de los estudios sobre la tendenciosidad y la proyección, otras investigaciones sugieren que los individuos elusivos y ansiosos tienden a leer una intención hostil en la conducta de su pareja, aunque haya signos de que tal intención es inexistente (Schacter, Shaver y Mikulincer, 2005). En general, parece que los pacientes con historiales de apego problemáticos tienen dificultades para decodificar con precisión los signos no verbales, como las expresiones faciales, y en consecuencia son propensos a malinterpretar las emociones y las intenciones ajenas (Schore, 2003).

Con tales pacientes en particular, es importante que los terapeutas se muestren lo más transparentes posibles. Cuando ocultamos algún misterio a estos pacientes, inadvertidamente consolidamos un exceso de transferencia negativa. Cuando este tipo de paciente me atribuye erróneamente ciertos sentimientos, procuro revelar deliberadamente mi experiencia emocional. Cuando esa revelación se recibe con escepticismo, entonces le pido al paciente que me mire a la cara mientras me escucha. *¿Qué ve ahí? ¿Qué me oye decir? ¿Los dos canales coinciden o no*? Por supuesto, explícitamente mantengo abierta la posibilidad de que el paciente observe algún aspecto de mi experiencia que desconozco. Dentro de este contexto respetuoso, pretendo reforzar la capacidad del paciente de atender a los signos no verbales, de forma que aprenda a leerlos con mayor precisión. Para los pacientes, el primer paso (a menudo desconcertante) consiste en empezar a cuestionar su interpretación automática de tales señales.

La transmisión y recepción no verbal de las emociones es, según han observado los neurocientíficos, una especialidad del hemisferio derecho. A este respecto, Schore (2005) sugiere la conveniencia de que los clínicos presten atención al lado izquierdo de la cara del paciente, porque es el lado izquierdo el que está controlado por el hemisferio derecho social-emocional y no verbal. En efecto, algunos estudios han mostrado que el lado izquierdo de la cara es más expresivo que el derecho en el terreno emocional (Mandal y Ambady, 2004). La sugerencia de Schore puede parecer un tanto mecánica, pero he comprobado que resulta sumamente útil. La conveniencia de «sintonizar con el hemisferio derecho» a través del lado izquierdo de la cara del paciente es, por supuesto, una recomendación muy específica que ejemplifica la necesidad más amplia de atender a las señales no verbales del paciente.

Gran parte de lo que se comunica de forma no verbal permanece implícito, como un sustrato afectivo de rápidos estímulos y respuestas que define y redefine el diálogo oral a cada momento. Gran parte del tiempo, cabe esperar, este continuo intercambio de señales visuales y auditivas entre el paciente y el terapeuta genera un ambiente de seguridad en el que ambas partes se sienten en sincronía emocional. Por otro lado, en el vínculo implícito compartido puede haber corrientes ocultas inquietantes que sólo se expresan de manera no verbal y que el paciente, sin ir más lejos, tal vez no puede o no quiere nombrar.

Del terapeuta depende que estos dos tipos muy diferentes de experiencia sean abordados de forma explícita. Podemos optar por explicitar la interacción implícita o no. Si elegimos la explicitud, tenemos que responder a otra pregunta: ¿debemos revelar directamente nuestra experiencia de la interacción al paciente? ¿O es preferible utilizar la experiencia indirectamente, por ejemplo, en forma de interpretación o comentario empático? Este tipo de preguntas resulta especialmente acuciante cuando sentimos que los pacientes han logrado evocar en nosotros ciertos aspectos de su propia experiencia.

¿Qué hay que hacer con lo que se evoca?

Una cosa es lo que creemos que debemos hacer con la experiencia que evoca en nosotros el paciente y otra lo que realmente acabamos haciendo. Lo primero depende de nuestro sentido consciente de lo que probablemente es más útil para el paciente. Lo segundo depende de multitud de factores, algunos de los cuales no son inicialmente conscientes. Estos factores –entre los que se incluyen nuestra propia psicología, nuestro estado de ánimo y nuestras preocupaciones del momento, así como la influencia del paciente– interactúan con nuestras intenciones deliberadas para generar respuestas que son impredecibles y hasta cierto punto ajenas a nuestro control consciente. A menudo estas respuestas no premeditadas resultan productivas. Otras veces son problemáticas.

> Un abogado de cincuenta y pocos años, divorciado y con un aire un poco hippy, al que llamaré «Neil», solicitó mi ayuda para superar la ansiedad que le aquejaba. A lo largo de varios meses juntos, llegamos a comprender que la ansiedad, aunque era su sentimiento más angustioso, no era el único que le costaba sobrellevar. Un día la sesión empezó con un largo silencio que acabé rompiendo para preguntar a Neil qué le pasaba por dentro. Mientras venía en el coche, según me contó, en la radio habían dado la noticia de la muerte de Jerry Garcia, y ahora en la consulta había experimentado «una pequeña punzada de tristeza». Añadió que tenía muchos amigos para los que el guitarrista de los Grateful Dead había sido un icono, un verdadero héroe de los 60. Seguramente estarían sintiéndolo.
>
> Se hizo otro breve silencio durante el cual reflexioné sobre lo mucho que le costaba sentir. Me planteé la posibilidad de invitar a Neil a que reflexionara un poco más sobre su pequeña punzada de tristeza. En ese momento tomé conciencia de mi propia tristeza. Yo también me había enterado esa misma mañana de la muerte de Garcia, pero entonces había acallado mi reacción. Ahora los sentimientos serán más fuertes, más agudos. Al percibir que Neil era consciente de mis emociones, aunque no de mi reacción anterior ante ellas, y suponiendo que la comunicación en mi experiencia podía crear más espacio para la suya, le dije: «No sé si esto encaja con algo que sea importante para ti, pero acabo de recordar que yo también oí la noticia de la muerte de García mientras venía en coche. Creo que en ese momento no quise avivar el sentimiento, porque tenía que venir a trabajar con un buen estado anímico. Sospecho que puede ser una pregunta importante a veces: hasta qué punto nos permitimos sentir». Al decir estas palabras, sentí que se me humedecían los ojos. Entonces vi que a l también se le saltaban las lágrimas. Al cabo de unos instantes, realmente reconoció que tal vez se había sentido «más que un poco triste». Y entonces se puso muy ansioso.

Como hemos visto hasta ahora, mi interacción con Neil ilustra varios puntos acerca de la utilidad de trabajar con la experiencia que evoca el paciente en el terapeuta, así como con la experiencia que evoca el terapeuta del paciente.

En primer lugar, este modo de trabajo contribuye a forjar un vínculo terapéutico que es inclusivo y que exige a los pacientes algo más de lo que esperan de sí mismos, dos de los rasgos de los vínculos de desarrollo que se asocian con el apego seguro según las investigaciones (Lyons-Ruth, 1999). La atención a la tristeza que evocó Neil en mí –y la

revelación de mi anterior renuencia a sentir mi propia tristeza de forma plena– sacó directamente a colación las emociones de Niel y la ansiedad que le suscitaban. Los sentimientos que el paciente había aprendido a disociar cobraron vida en nuestra interacción, un ámbito donde podían ser experimentados, comprendidos y potencialmente integrados. Este modo de trabajo con Neil también condujo a una «mejora del diálogo» (Lyons-Ruth, 1999) que empezó a crear espacio para lo que podríamos describir como lo «sabido in*sentido*». Propiciar que la conversación terapéutica abarque no sólo la mente pensante sino también el «cuerpo que siente» puede ser crucial con los pacientes como Neil, cuyo apego tiende a ser predominantemente negador.

En segundo lugar, nuestra interacción ilustra la importancia de tener en cuenta que la influencia evocadora del paciente y el terapeuta en el vínculo fluye en ambas direcciones. Cuando Neil comentó su experiencia de tristeza (minimizada con fines defensivos) evocó también en mí tristeza (previamente minimizada). A su vez, creo, la tristeza que comuniqué a Neil a través de mis palabras y mis ojos llorosos evocaron en él lágrimas y, al cabo de unos momentos, ansiedad.

Que este tipo de «contagio» emocional caracterice la experiencia de una determinada pareja terapéutica depende de numerosos factores. Desde cierta perspectiva, es un aspecto que siempre está presente. Como la evolución nos ha dotado de neuronas espejo, estamos preprogramados para participar en la experiencia subjetiva de los demás. Desde otra perspectiva, influye asimismo nuestra voluntad y capacidad de mostrarnos emocionalmente accesibles a la influencia del paciente. Por último, lo que logra evocar el paciente tal vez tiene que ser «evocable» en el terapeuta implicado. Es decir, se necesita un «colgador» interno donde el paciente pueda colgar el sombrero. Me refiero, en términos generales, a las peculiaridades del carácter del terapeuta, pero en un sentido más específico a las particularidades de la experiencia vivida por el terapeuta. Por ejemplo, sospecho que no habría podido identificarme de una manera tan profunda con los sentimientos (en gran medida) insentidos de Neil si el músico que murió me hubiera sido indiferente.

Ahora volvamos por un instante a la sesión.

> Poco después de que a Neil se saltaran las lágrimas, empezó a incomodarse. Cuando le pregunté qué le pasaba, me dijo que empezaba a ponerse muy ansioso y que le preocupaba perder el control. Le dije que me me daba la impresión de que le daba miedo llorar. Me dijo que, aunque sabía que no tenía sentido, estaba seguro de que si lloraba acabaría sintiéndose pequeño y débil, y eso le daba miedo. Empecé a pensar que un poco antes yo había considerado necesario contener mi propio impulso de llorar: tenía que trabajar. Entonces recordé que recientemente había leído un artículo de Stephen Mitchell en el que se cita que otro analista le dijo a su paciente, según el testimonio de éste: «Los hombres trabajan y se fueran a las mujeres».

Recordemos aquí el concepto de Ogden (1994) del «tercero analítico», la idea de que nuestras experiencias subjetivas durante la sesión clínica (incluidos los pensamientos aparentemente digresivos como el que acabo de citar) surgen de la interacción psíquica inconsciente de ambas partes y, por lo tanto, pueden reflejar aspectos de la experiencia tanto del paciente como del terapeuta.

> Le pregunté a Neil si tal vez le parecía que llorar era poco masculino. Respondió con un recuerdo narrado en presente: Está en el funeral de su madre. La madre ha muerto de un fallo cardíaco. Lucha por contener las lágrimas, y luego con asombro ve –por primera y última vez en su vida– a su padre llorando. Piensa: «Qué blandengue». Este

recuerdo dio pie a conversar sobre la necesidad de Neil de controlar con mano de hierro sus sentimientos «negativos», así como su preocupación por el hecho de que yo pudiera sentirme superado por mis propios sentimientos. También sirvió para hablar de la pérdida de Niel, y de su duelo inconcluso tras la muerte de su madre.

Aquí se aprecia, a mi modo de ver, que el vínculo del paciente y el terapeuta evoluciona de forma impredecible en una espiral de influencias mutuas. Neil evocó en mí respuestas que evocaron en él respuestas que, a su vez, suscitaron otras respuestas en mí, y así sucesivamente. Gran parte de esta influencia bidireccional tiene un efecto implícito y tácito. Cuando el paciente y el terapeuta están en sincronía emocional, puede que ninguno de los dos experimente la necesidad de explicitar la naturaleza (armónica) de la interacción. Sin embargo, lo que se requiere puede ser muy distinto cuando el vínculo terapéutico se vuelve incómodo, mecánico, conflictivo o desconectado. En esos casos, la explicitud de lo implícito incrementa la probabilidad de que el vínculo del paciente con el terapeuta se experimente como seguro, sintónico, colaborativo e inclusivo. La clave aquí –al igual que en nuestros primeros vínculos de apego (Koback, 1999)– radica en mantener abiertas las líneas de comunicación entre las dos partes. En el primer desarrollo, la apertura de la comunicación depende en gran medida de la sensibilidad del cuidador a las señales no verbales del niño. En el contexto del desarrollo terapéutico, depende de la sensibilidad del terapeuta a las señales no verbales del paciente, incluidas las que se transmiten evocando una experiencia en el terapeuta.

Resulta difícil definir el significado preciso de nuestra experiencia subjetiva en la relación con el paciente. ¿Qué parte de esta experiencia nuestra es evocada por el paciente? ¿Qué parte es, por así decirlo, sólo nuestra? A este respecto, me parece útil asumir que lo que experimento cuando estoy con el paciente es casi siempre cuestión de «A y B», no de «A o B». Con Neil, por ejemplo, mi tristeza ya estaba ahí antes de ser evocada. Al mismo tiempo, a él le costaba soportar la tristeza, y creo que eso es algo que «compartía» conmigo.

Al esclarecer el significado de lo que evoca el paciente, puede ser útil tener en cuenta la distinción entre las respuestas de contratransferencia que son concordantes (empáticas) y las que son complementarias (Racker, 1968). Se cree que las primeras se dan cuando el paciente evoca una identificación con un aspecto negado de su propia experiencia en el terapeuta (la tristeza parcialmente insentida de Neil, por ejemplo, que yo sentí con bastante intensidad). Las segundas pueden producirse cuando el paciente evoca en el terapeuta una identificación con un aspecto de su experiencia interiorizada del otro. Como ejemplo de este tipo de identificación complementaria, recuerdo que, en un momento posterior de mi trabajo con Neil, me sentí enfadado por lo que percibía como una falta de implicación conmigo. Al explorar esta experiencia, deduje que probablemente me estaba identificando con su imagen de su madre, una persona que se enfadaba con él cada vez que él era, según sus palabras, «demasiado independiente».

Pese a la utilidad de este marco de contratransferencia, nunca debemos asumir que la influencia en el vínculo terapéutico fluye en una sola dirección. Como ya he señalado, lo que sacamos en limpio de lo que se evoca en nosotros dependerá, para bien o para mal, de algo más que nuestro sentido de lo que es más útil para el paciente. También está la cuestión nada baladí de nuestros propios esquemas relativamente duraderos de sentimiento, pensamiento y relación –nuestros modelos funcionales internos–, así como los cambios transitorios del estado anímico provocados por circunstancias externas al tratamiento:

Una mañana, cuando llegué a ver a mi primer paciente del día, me encontraba en modo anímico inusualmente flojo. Casi en cuanto me senté, el paciente anunció que, aunque no le resultaba nada fácil, tenía que quejarse de mi falta de empatía para abordar sus necesidades en los últimos tiempos. No era una conversación inusitada. Ya antes, en varias ocasiones, me había comunicado su descontento conmigo de forma muy directa y yo no me había sentido excesivamente incómodo, en parte porque percibía que sus quejas, aunque fueran merecidas, también formaban parte de un «test de transferencia». Desde las primeras fases de la terapia había advertido que este paciente –cuyo padre se había suicidado– buscaba en mí respuestas que desmintiesen su miedo a que su propia ira y su fuerza fueran letales. Así pues, mi voluntad de escuchar atentamente sus críticas y asumir mi parte de responsabilidad (cuando consideraba que la tenía) lo tranquilizaba sobremanera.

Sin embargo, en esta sesión concreta, cuando empezó a pormenorizar las causas de su descontento, me sentí cada vez más frío e indiferente. Escuché, pero sin empatía. Era como si careciera de los recursos internos necesarios para estirarme emocionalmente hasta el punto de ponerme en su lugar, siquiera por un instante. Llegó un momento en que ya no pude más. En un tono de voz tenso, crispado y un tanto exasperado, le dije a mi paciente que no sabía qué decir sobre sus quejas: que eran simplemente sus quejas de siempre.

Como era de esperar, se quedó desconcertado, si no asombrado, por mi respuesta. Confuso y molesto, empezó a dar marcha atrás: quizá había sido injusto conmigo y se había pasado, quizá esperaba demasiado, etc. Avivado (por así decirlo) con su dolor casi palpable, saqué fuerzas de flaqueza para explicar que, antes de reunirme con él aquella misma mañana, había tenido un momento sumamente estresante: nada serio, añadí para tranquilizarlo, pero el resultado era que no estaba en condiciones de responder como de costumbre. Le alivió oír mi explicación, que contrastaba con la actitud de otros terapeutas anteriores, así como la de sus padres, que jamás reconocían, cuando había un problema, la posibilidad de que fueran sus propias dificultades lo que entorpecía las cosas. Sin embargo, le costaba tranquilizarse del todo. Cuando se acercaba el final de la sesión, y también en la sesión siguiente, analizamos su percepción de que yo no quería o no podía abordar su irritación.

Este encuentro con gran carga emocional es un ejemplo evidente de una realidad que suele presentarse de manera mucho más útil: el hecho de que nuestra experiencia de la influencia evocadora del paciente siempre es, en parte, una función de nuestra propia subjetividad irreductible (Renik, 1993). En sesiones anteriores, la expresión de descontento de mi paciente apenas había evocado ansiedad en mí, mientras que en la sesión que acabo de describir me dejó frustrado y molesto.

La reflexión sobre estas dos reacciones diferentes, como polos opuestos de un continuo, sugiere que la experiencia del terapeuta varía a veces en respuesta a lo que es casi el mismo aspecto del paciente, y que las reacciones en cada uno de los dos extremos (no sentirse afectado o sentirse afectado en exceso) suelen omitir algo. Por ejemplo, mi hartazgo ante las quejas del paciente durante la sesión en la que me sentía sin recursos planteó la posibilidad de que mi ecuanimidad en respuesta a sus críticas anteriores fuese un reflejo de alguna negación: probablemente yo era reacio a experimentar mis propias reacciones ante su «destructividad» en relación con mi afán de prestar ayuda.

Al igual que nunca somos una pantalla en blanco en la que los pacientes proyectan sus imágenes de transferencia, nunca podemos ser un contenedor prístino de lo que los pacientes evocan en nosotros. A lo sumo podemos aspirar a conocer lo mejor posible las características del contenedor no tan prístino de nuestra subjetividad, que define nuestra receptividad a la influencia evocadora de los pacientes. Porque, a pesar de lo que *optamos* por hacer conscientemente con el paciente, a menudo lo decisivo son nuestros sentimientos, necesidades e intenciones *inconscientes*. Son estos elementos los que llegan al paciente a través de los canales de la comunicación no verbal.

La reciprocidad de la influencia no verbal que nos ejercemos mutuamente los pacientes y terapeutas, así como la influencia interna que ejerce el inconsciente de ambos, complica de manera extraordinaria la utilización de lo que el paciente parece evocar en nosotros. La

complejidad de la tarea que asume aquí el terapeuta es real e ineludible, como lo es la complejidad de la tarea del cuidador al responder a los signos no verbales del niño. Flaco favor se hace al paciente si no se tiene en cuenta esta realidad. Prestar atención a este aspecto, por otro lado, nos ayuda a conocer lo que todavía no «sabemos» del paciente y a centrar la atención en lo necesario, es decir, en las experiencias subjetivas del paciente y el terapeuta, así como en el vínculo entre ambos.

La misma influencia mutua e inconsciente que complica y facilita a la vez nuestro intento de aprovechar lo que evoca en nosotros el paciente constituye el núcleo de nuestra labor con las enacciones.

¿Qué hay que hacer con lo que enactuamos?

En el vínculo terapéutico, como en los demás, las palabras no son sólo palabras. Son también actos: «actos de habla». McDougall (1978) sostiene lo siguiente a propósito de las palabras del paciente, aunque también es aplicable a las del clínico: «En lugar de comunicar estados de ánimo, ideas y asociaciones libres, el paciente intenta que el analista *sienta* algo o procura estimularlo para que *haga* algo» (p. 179). Las «enacciones», como el propio término indica, traducen la experiencia interna en acción. Las enacciones conllevan por definición una conducta, incluidas tanto la conducta verbal como la no verbal. Pero incluso cuando se plasman en el discurso (como suele suceder en la terapia), su significado esencial no radica en las palabras habladas sino en el subtexto no verbal generado por lo que *hacen* las palabras. Por ejemplo, las palabras del paciente nos atraen o nos repelen, nos abren o nos cierran, nos consuelan o incrementan nuestra ansiedad. Y, por supuesto, nuestras palabras dirigidas al paciente tienen el mismo tipo de impacto.

En una enacción de transferencia-contratransferencia, lo que se enactúa, verbal y no verbalmente, es un tipo específico de vínculo. Puede ser un vínculo progenitor-hijo o un vínculo romántico, un vínculo de aliados o de adversarios, un vínculo que infunde una sensación de seguridad o de peligro. Las variaciones son probablemente ilimitadas, pues dependen de la interacción de dos individuos únicos, el paciente y el terapeuta, que aportan al vínculo su propia familia de múltiples yos.

Las enacciones son los escenarios que surgen en la intersección, por así decirlo, de las necesidades y vulnerabilidades inconscientes del paciente, por una parte, y por otra las del terapeuta. En esta intersección, para bien o para mal, confluyen y se entrelazan los patrones relacionales del paciente y el terapeuta. Si concebimos la transferencia y la contratransferencia como fenómenos representados por dos círculos, las enacciones surgen en el espacio común donde se solapan parcialmente dichos círculos.

En una enacción, se activan y representan inconscientemente algunos aspectos del mundo representacional del terapeuta: el legado de sus primeras experiencias de apego. Lo mismo cabe decir del paciente porque, en la medida en que la enacción pasa desapercibida, el terapeuta y paciente quedan inmersos en su experiencia conjunta. Como tal, cada una de las partes actúa de forma automática e irreflexiva en relación con el otro. Sin ser conscientes de ello, ambos responden no sólo a la realidad del encuentro interpersonal sino las presiones internas de las que ninguno de los dos es consciente.

En la medida en que las enacciones se desarrollan al margen de la consciencia, suelen imponer límites a lo que se experimenta y se comprende; de este modo, el diálogo terapéutico resulta menos inclusivo y menos colaborativo. En cambio, a medida que se hacen conscientes, tienen el potencial de dar acceso a ciertas facetas muy significativas aunque todavía no reconocidas del paciente, el terapeuta y el vínculo común entre ambos. Además, el proceso de exploración de estos escenarios creados conjuntamente, lejos de representarlos ciegamente, puede constituir una experiencia relacional correctiva de impulsividad, colaboración y mentalización. En este sentido, las enacciones son (parafraseando a Renik, 1993b) la materia prima omnipresente de la técnica terapéutica productiva. Como tales, evitarlas no sólo es imposible sino totalmente indeseable.

Las enacciones una intensa expresión del hecho de que, como todos los vínculos de apego, el vínculo terapéutico está coconstruido. Lo que ocurre en este vínculo es necesariamente un cúmulo de influencias del paciente y el terapeuta. Desde la perspectiva de una psicología bipersonal, estas influencias son tanto internas como interpersonales. La experiencia y la conducta del paciente y el terapeuta se verán influidas, inevitable e inconscientemente, por sus respectivas identidades al margen del vínculo y por el modo en que responden a ese vínculo.

Ahora bien, lo que he escrito en el párrafo anterior puede parecer indiscutible, aunque no evidente. Sí, en efecto, los terapeutas no son menos vulnerables a la influencia del inconsciente que sus pacientes. Y sí, tanto los pacientes como los terapeutas están sujetos a la influencia mutua ineludible que ejercen constantemente. Estas simetrías pueden parecer incuestionables en cuanto reconocemos los hechos clínicos descritos por la psicología bipersonal. Pero el modo en que ejercemos la práctica profesional a veces no tiene en cuenta lo suficiente esta teoría. Lo que hacemos y pensamos como terapeutas a menudo fluye más desde una psicología de una persona y media que desde una psicología bipersonal. Dicho de otro modo, desde la perspectiva de la psicología bipersonal tendemos a ver únicamente al paciente. Intentaré explicarme mejor.

A veces, en virtud de una formación anticuada y casi siempre a causa de nuestras necesidades y defensas, tendemos a trabajar con los pacientes como si estuvieran mucho más sujetos a la influencia del inconsciente que nosotros. Casi de forma automática reflexionamos sobre el significado inconsciente de su conducta y comunicación, aunque las motivaciones inconscientes que subyacen a nuestras palabras y acciones no son objeto de un escrutinio tan automático.

También es tendencioso el modo en que solemos trabajar con la influencia mutua que describe la teoría. Pensemos aquí en el concepto de la identificación proyectiva. Dentro de este marco conceptual, estamos plenamente preparados para considerar que nuestra experiencia puede ser evocada por la conducta inconscientemente motivada del paciente. En cambio, no somos proclives a considerar que la experiencia del paciente puede verse afectada el mismo modo por nuestra conducta inconscientemente motivada.

Tales asimetrías en nuestra concepción de los pacientes y en nosotros mismos, aunque parezcan naturales, dificultan más de lo necesario el reconocimiento y el trabajo efectivo con las enacciones. Si tiene que haber un sesgo, debe ser en la dirección opuesta de la que resulta más natural. En lugar de concentrarnos inicialmente en el significado de la conducta del paciente, más valdría que empezásemos por analizar la nuestra.

Al igual que ocurre con los pacientes, nuestro sabido impensado e insentido se enactúa. La observación de lo que decimos y hacemos, y de lo que evitamos decir y hacer, puede abrir una ventana a la naturaleza de nuestra propia participación inconsciente en las enacciones. Y como las enacciones son cocreadas, el producto de la influencia mutua –nuestra conducta como terapeutas– por lo general se relaciona de un modo significativo, más que adventicio, con la experiencia del paciente. Así pues, tomar conciencia de la naturaleza de nuestra participación inconsciente en una enacción casi siempre contribuye a esclarecer la naturaleza y el significado de la participación del paciente.

A este respecto, debemos tener en cuenta que nuestra conducta como terapeutas viene definida tanto por las motivaciones inconscientes como por las intenciones conscientes. En un nivel, podemos generar deliberadamente con el paciente un vínculo de apego nuevo y mejor. Con este fin, podemos esforzarnos por escuchar con sintonía y receptividad, identificándonos empáticamente con las emociones de los pacientes, ayudarles a que den sentido a su experiencia, etc. Sin embargo, en otro nivel siempre estamos enactuando involuntariamente con los pacientes diversos escenarios que provienen de nuestros modelos funcionales internos, necesidades inconscientes, defensas y demás.

Tales enacciones, al menos desde cierta perspectiva, pueden ser coherentes con las necesidades de nuestros pacientes, así como con las nuestras. Por ejemplo, la empatía que aportamos deliberadamente puede tener un efecto curativo para el paciente, aunque surja en parte de nuestra necesidad inconsciente de que se nos perciba como benéficos, no como críticos o controladores. Asimismo, una confrontación puede ser lo más necesario para el paciente, aunque venga en parte motivada por nuestra necesidad inconsciente de sentirnos poderosos más que impotentes o fuera de control. En estos casos, solemos sentir que nos comportamos de ese modo porque la empatía o la confrontación benefician al paciente. Sin embargo, nuestro afán de ser útiles, por muy concienzudo que sea, siempre está influido por ciertas motivaciones de las que no somos conscientes.

Por lo general, tales motivaciones modelan nuestra conducta con los pacientes con consecuencias inesperadas. Nuestra continua aportación de empatía, por ejemplo, puede encajar con la necesidad del paciente de ignorar su propia desconfianza y su enfado. Del mismo modo, nuestra confrontación, por muy útil que pretenda ser, puede tener un efecto contraproducente al coincidir con la necesidad del paciente de sentir que, en solitario, no es capaz controlarse. Obviamente, lo que describo aquí son enacciones que surgen de la superposición entre las necesidades inconscientes del paciente y el terapeuta.

Estas enacciones pueden ser difíciles de reconocer, porque están profundamente imbricadas en lo que hacemos de forma cotidiana y poco consciente los terapeutas. El truco aquí consiste en recordar que nunca podemos desgajarnos de nosotros mismos. Nuestra subjetividad penetra en todas las facetas de nuestra implicación con el paciente, desde nuestras intervenciones más concienzudas hasta los pasos en falso más notorios basados en la contratransferencia. Por lo tanto, deberíamos asumir que estamos continuamente implicados en las enacciones, al igual que el paciente. Como señalado anteriormente, la cuestión esencial que debemos plantearnos aquí no es si participamos o no en una enacción, sino cómo lo hacemos.

Reconocimiento de las enacciones

Al igual que los sentimientos de contratransferencia que reconocemos sólo cuando son especialmente intensos e incómodos, algunas enacciones resultan demasiado evidentes o inquietantes. Pero hay excepciones. Las enacciones son, por definición, inicialmente inconscientes, y a menudo permanecen así durante un período de tiempo considerable.

Tomar conciencia de nuestro papel en las enacciones puede ser un desafío considerable, porque nunca somos totalmente transparentes con nosotros mismos. Gran parte de lo que hacemos pasa desapercibido porque es una expresión automática e implícita de nuestra identidad. Además, nuestro autoconocimiento siempre es incompleto, precisamente porque tenemos la motivación de mantenerlo así. Dicho de otro modo, nos sentimos inclinados a ignorar o suprimir la consciencia de lo que nos atormenta o nos intranquiliza (Maroda, 1999; Renik, 1995).

En la medida en que carecemos de la autoaceptación que facilita la autoconsciencia, puede ser útil tener en cuenta que al indagar nuestro papel en las enacciones no pretendemos identificar nuestras carencias o nuestra psicopatología. Sólo intentamos tomar conciencia de lo que hacemos. Para llevar a cabo este tipo de introspección, es interesante adoptar una postura de atención plena, es decir, conciencia del momento presente con aceptación. Con dicha postura, podemos ser más capaces de considerar lo que hacemos en nuestra relación con el paciente como un «hecho objetivo» que se puede observar y señalar, en lugar de juzgarlo como bueno o malo, correcto o incorrecto.

Después de identificar los rasgos distintivos de nuestra conducta con un determinado paciente, debemos intentar ser lo más objetivos posible al responder las dos preguntas siguientes: ¿Cuáles podrían ser las raíces de nuestra conducta en nuestra propia psicología? ¿Y de qué modo podría afectar al paciente nuestra conducta? Si tomamos conciencia del significado de lo que hacemos en una enacción y podemos aplicar esa conciencia al diálogo con el paciente, dicho diálogo se vuelve más inclusivo y nuestro papel en la enacción, menos restrictivo.

Modelos de enacción

Como he señalado, las enacciones adoptan múltiples formas. No obstante, en términos generales, dos grandes patrones caracterizan estos guiones escritos anduvo: la connivencia y el enfrentamiento (Goldbart & Wallin, 1996).

La pareja terapéutica que entra en connivencia ha entablado un «acuerdo» inconsciente que sirve a las necesidades autoprotectoras de ambas partes. En dicho acuerdo, las defensas individuales de una de las partes reflejan las defensas de la otra o se entremezclan con ellas.

Por ejemplo, un terapeuta y un paciente cuyos estilos predominantemente negadores se reflejan mutuamente pueden entrar en connivencia para eludir los sentimientos fuertes. De este modo, pueden enactuar un vínculo emocionalmente distante que es familiar para ambos. En dicho vínculo, hasta que se reconoce la enacción, se siguen evitando las cuestiones esenciales que suscitan ansiedad. Los miedos y defensas comunes pueden propiciar enacciones conniventes que son sumamente estables, en parte porque reflejan a la perfección modos de ser que son habituales (y, por lo tanto, difíciles de reconocer) tanto para el terapeuta como para el paciente.

Las connivencias menos estables pueden surgir cuando las defensas del terapeuta y el paciente difieren, pero aun así concuerdan, al menos por el momento. Por ejemplo, el terapeuta que está preocupado por el apego puede contener, o al menos expresar, todo el sentimiento que su paciente negador prefiere eludir. Esta enacción puede ser cómoda para el paciente en el plano psicológico, porque se ahorra la ansiedad de tratar directamente sus propios problemas relacionales y emocionales mientras el terapeuta parece dispuesto a asumirlos, casi como si fueran suyos. Entreetanto el terapeuta, la esforzarse por captar la atención del paciente, puede reenactuar un papel que le resulta seguro y habitual, aunque también inquietante.

Dicha connivencia, en la que difieren las defensas de las partes, siempre tiene el potencial de derivar hacia el enfrentamiento. El paciente aquí puede sentirse cada vez más controlado o molesto por la aparente necesidad del terapeuta de contacto emocional, al tiempo que el terapeuta puede exasperarse por la actitud distante del paciente. En ese punto la pareja terapéutica puede llegar a enfrentarse.

Esto no es necesariamente algo malo. Mientras el terapeuta y el paciente entran en connivencia, se mantienen ocultos los verdaderos miedos y necesidades que subyacen a la enacción cocreada. En cambio, cuando se rompe la connivencia y estalla el enfrentamiento, quizá por primera vez salen a la luz ciertas realidades difíciles pero potencialmente liberadoras.

Este desenlace propicio depende de la capacidad del terapeuta de reenfocar su capacidad de mentalización hasta el punto de reconocer y empezar a entender las enacciones en las que se ha visto inmerso. Al igual que las connivencias, los enfrentamientos pueden ser la materia que conforma las enacciones (así como los impasses terapéuticos). La transformación de las enacciones –conniventes o contenciosas– en oportunidades de exploración colaborativa y experiencia colectiva requiere un terapeuta capaz, al menos intermitentemente, de adoptar una postura mentalizadora.

Durante varios meses atendí en la terapia a un físico muy inteligente (al que llamaré Jackson) cuyo estilos de apego negador lo alejaban de sus sentimientos y entorpecían su capacidad de expresarlos. Un día empezó la sesión diciéndome que le hubiera gustado que, de joven, alguien hubiera hablado con él sobre sí mismo con la misma sinceridad con la que él acababa de hablar con su hijo adolescente. Entonces se preguntó en voz alta si habría sido tan reacio entonces como lo era ahora su hijo a oír la verdad difícil. Añadió que, incluso ahora de adulto, todavía deseaba que alguien con autoridad le dijera «las cosas como son». Pero la idea le asusta porque sabe que es posible que no le digan lo que quiere oír.

Varios días antes de esta sesión, yo había estado reflexionando sobre mi vínculo con él. Llegué a la conclusión de que, en el plano nacional, siempre nos movíamos en la zona menos profunda de la piscina, a pesar de mi intención consciente de ayudarle a profundizar. Consciente de las necesidades terapéuticas de los pacientes negadores, había evitado un enfoque excesivamente intelectual (o eso creía) con el fin de centrarme en los sentimientos de Jackson y en sus defensas contra ellos. No estaba claro por qué me había costado tanto romper el modo de los bustos parlantes.

Pensé que Jackson aludía a este problema nuestro cuando expresó su deseo conflictivo de que una persona con autoridad le dijera «las cosas como son». Pero cuando yo sopesaba la posibilidad de que sus palabras fueran un modo de hablar indirectamente sobre mí y sobre él, planteó una pregunta: ¿No habíamos concluido que él necesitaba ser su propia autoridad, en lugar de depender de la mía?

Entonces me oí decir para mis adentros que no me gustaba la idea de entrar en un coloquio con él sobre este asunto. ¿Coloquio? La palabra que pronuncié en silencio me llamó la atención, porque era un vocablo que probablemente nunca utilizaría en una conversación, salvo quizá en una conversación con este paciente concreto.

Entonces comprendí que, muy probablemente, la necesidad inconsciente de reafirmar mi postura intelectual con

respecto a la suya me había impulsado a hablar con él de un modo deliberadamente elocuente y atento. Cuando expresé este pensamiento sobre la historia de nuestra comunicación –y sobre el modo en que mi psicología podría haber inhibido el tipo de conversación directa que él deseaba y temía a la vez– Jackson dijo que no sospechaba que pudiera ocurrir algo así. No se imaginaba que yo pudiera considerarme en inferioridad de condiciones en el plano intelectual, aunque su confianza en su propio intelecto le inmunizaba ante eventuales preocupaciones en ese sentido.

Entonces recordé la gratificación y el asombro que me produjo dos años antes, cuando me dijo que yo era un «genio». Entonces le sugerí que mi escollo tal vez había estado en mi inseguridad en la comparación intelectual entre los dos, mientras que para él la comparación que provocaba inseguridad podía guardar relación con un tipo distinto de inteligencia: la inteligencia emocional.

En este punto dijo que desde la primera infancia siempre había construido la seguridad en sí mismo exclusivamente a partir de la inteligencia y de la elocuencia, pero que siempre se había sentido obligado a contenerse para no llamar la atención. Le respondí que empezaba a darme cuenta de lo mucho que yo me había contenido, en parte en el modo en que utilizaba lenguaje con él, pero también en mi renuencia a intervenir más directamente cuando, por ejemplo, él era prolijo en las minucias. Lo que surgió entonces era el significado de sus digresiones hiperdetalladas: Para él eran modos oblicuos de comunicar su experiencia emocional sin sentir verdaderamente los sentimientos. De ese modo, dijo, se protegía del riesgo de que lo vieran –o de verse– como «un retrasado emocional».

A partir de este encuentro, los dos tuvimos una sensación de alivio y esperanza renovada al reconocer la naturaleza de nuestra connivencia involuntaria. Al evitar nuestras inseguridades distintas pero relacionadas entre sí, con el fin de mantener las cosas a salvo y bajo control, habíamos enactuado inconscientemente un vínculo restringido en el plano emocional. Pero era también un vínculo que nos resultaba cada vez más incompleto, innecesariamente. Las palabras del paciente (un mensaje metafórico sobre las carencias de nuestra comunicación) junto con mi observación acerca de mi propia conducta (mi pedantería competitiva en el modo de hablar) me ayudaron a identificar y comprender mi papel en la enacción cocreada. El análisis compartido de esta observación condujo un diálogo que esclareció el papel del paciente. En ese proceso, ensanchamos el vínculo y expandimos nuestro sentido de lo que cada uno de nosotros podía sentir, saber y comunicar a salvo en presencia del otro.

Con frecuencia, un análisis atento o la conciencia repentina de la naturaleza de nuestra propia conducta con el paciente –repetitiva o atípica– basta para quitarnos la venda de los ojos. Sin embargo, a veces las enacciones sólo se reconocen con ayuda de un asesor o una psicoterapia personal. Cuando todavía estudiaba en la universidad, presenté un caso mi supervisor y a otro alumno. Me atormentaban los conflictos que surgían con excesiva frecuencia en mi vínculo con una paciente especialmente contenciosa. Al escuchar la grabación sonora de una sesión, mis asesores se lanzaron miradas de guasa hasta que uno de ellos me explicó lo que les hacía gracia: «¿No te das cuenta de que, más que discutir, lo que hacéis es flirtear?». En el diálogo con la paciente se confirmaba que las desavenencias –el enfrentamiento– que enactuábamos mi paciente y yo eran, en realidad, una defensa contra los inquietantes sentimientos de atracción mutua.

A veces el paciente actúa como una suerte de consultor (o intérprete de la experiencia del terapeuta), cuya «intervención» saca a la luz la camisa de fuerza invisible en la que una

enacción puede confinar a los dos miembros de la pareja terapéutica. En el siguiente ejemplo, mi paciente me permitió tomar conciencia de mi impulso de proximidad, que se enactuaba de un modo bastante problemático.

Justo antes de marcharme de vacaciones, me reuní con un paciente al que llamaré Daniel, que confesó la inquietud que le suscitaba la inminente interrupción de nuestro trabajo conjunto. Estaba saliendo con una nueva pareja y le preocupaba tener que afrontar por su cuenta los impulsos sexuales que habíamos empezado a analizar recientemente. Mientras hablábamos, observé que se incomodaba cada vez más. Le pregunté que sentimientos le producía hablar conmigo sobre estos temas. Con cierta renuencia me dijo que mi evidente entusiasmo ante su interés por abordar sus conflictos sexuales le había inducido a pensar que yo le estaba imponiendo un trabajo, tal vez por mis propios intereses. Se suponía que hablar de sexo era bueno para él, le dije, pero era como hacer rutinas de ejercicios en el gimnasio, no necesariamente algo que él eligiera por propia voluntad.

Inmediatamente reconocí el tipo de entusiasmo que me atribuía el paciente. Me había entusiasmado, en parte porque decidí adoptar un desafío psicológico importante y en parte porque el sexo me parecía un tema atractivo (y no sólo a mí). Pero sospecho que también me entusiasmaba porque sentía que una conversación sobre la sexualidad podía satisfacer mi impulso de lograr una mayor proximidad entre los dos. El origen de esta suposición estaba en mi experiencia con mi padre, un sociólogo que había investigado y documentado exhaustivamente la conducta sexual. Su apertura y su curiosidad por el sexo hicieron de este tema un elemento de conexión con los demás. Tal vez yo había asumido inconscientemente que a través de un diálogo similar con mi paciente podría experimentar una conexión asimismo valiosa.

Decidí no revelar estos detalles durante la sesión, pero los utilicé para entender (y así reconocer) mi papel en una enacción en la que, como en efecto ocurrió, mientras yo jugaba a ser mi (buen) padre, mi paciente me experimentaba como su (mala) madre.

Cuando era adolescente, su madre –por lo general distante– le había confesado que su padre era una nulidad sexual: si quería tener relaciones íntimas, tenía que perseguirlo por el dormitorio y, aun así, a veces él era incapaz de cumplir. De su madre y de alguna novia anterior, mi paciente había recibido el incómodo mensaje de que atender sexualmente a una mujer era la obligación del hombre, si quería ser un hombre hecho y derecho. Mi interés por la exploración erótica de Daniel le indujo a asociar mi actitud con la de su madre y sus exnovias, aunque al mismo tiempo «sabía» que yo no me identificaba exactamente con esos sentimientos.

Al comentar nuestra interacción, a Daniel le inquietó observar una vez más el impacto de su necesidad ya habitual de estropear las cosas buenas. Le sorprendió el automatismo con el que podía experimentar el sexo («nada menos») como una obligación indeseada y la ayuda de su terapeuta (reconocidamente superentusiasta) como una imposición onerosa. Así llegamos a comprender que su lado de la enacción reflejaba, ante todo, su necesidad culpable de corresponder al sufrimiento de su madre (su «momento de felicidad») con el suyo. «Es como si tuviera que ayudar a mi madre en ese calvario», afirmó. A lo cual respondí citando una canción de Tom Waits: «Come down off the cross, we can use the wood» («Baja de la cruz, podemos aprovechar la leña»). Además de la exploración anterior, la carcajada ufana de mi paciente al oír el verso de Waits atenuó el peso de la enacción que habíamos creado juntos.

Enacciones que pasan desapercibidas

Por supuesto, no todas las enacciones tienen un final feliz como el que acabo de describir. Para empezar, podemos estar tan inmersos en las enacciones como el paciente, y ser incapaces de aprovechar la capacidad mentalizadora que podría ayudarnos a reconocer los motivos que impulsan inconscientemente nuestra conducta. O simplemente podemos fracasar en el intento de revelar las enacciones. Por estos y otros motivos, muchas enacciones pasan inadvertidas.

A veces las consecuencias son relativamente inocuas o incluso benignas. No toda experiencia compartida en la terapia es –o debe ser– explícitamente analizada en cuanto a su significado inconsciente. Además, algunas enacciones no reconocidas son, como explicaré enseguida, lo que requiere el paciente.

Sin embargo, a menudo pueden ser muy problemáticas las consecuencias de no reparar en una enacción que se desarrolla. Ese error de observación puede generar un vínculo terapéutico

que no dé cabida a aquellos aspectos del paciente que requieren con mayor apremio un reconocimiento. Por ejemplo, el terapeuta que inconscientemente contribuye a perpetuar un vínculo distante en el plano emocional puede, inadvertidamente, propiciar que el paciente negador siga siendo un desconocido para sus propios sentimientos. A menudo esa falta de consciencia se ve reforzada por la falsa convicción del terapeuta de que el tratamiento aborda las defensas del paciente contra el sentimiento. A este respecto, pensemos en la enacción que describí con el físico que era mi paciente.

Más problemáticas aún son aquellas enacciones no reconocidas que corroen o destruyen una psicoterapia en curso. Aquí quiero recordar, no sin pesar, mi vínculo con un paciente con el que entablé una enacción donde se repetían ciertos aspectos de su historia con su padre distante e intermitentemente volátil. Como me retraje para ser una figura de apego distinta, inconscientemente repetí ciertos aspectos de mi historia personal, al no confrontar las provocaciones del paciente. Paralelamente, casi sin darme cuenta, acumulé cada vez más resentimiento. Después llegó una sesión en la que el paciente se mostró muy poco respetuoso conmigo, cosa excepcional, y yo estallé. Al principio el paciente se quedó estupefacto y luego se indignó. Pese a mis esfuerzos por reparar el daño causado, aquella sesión fue la última.

Las enacciones como repetición, las enacciones como reparación

Las fuerzas que nos mantienen tal como somos y las que nos inducen a cambiar se entrelazan en la labor desarrollada con las enacciones. Como vimos en el capítulo 10, las enacciones reflejan una tensión dinámica entre lo viejo y lo nuevo, la seguridad y el riesgo, el «vínculo repetido» y el «vínculo necesario» (Stern, 1994).

Tanto los pacientes como los terapeutas están inconscientemente atenazados por la necesidad de repetir los patrones habituales de relación, sentimiento y pensamiento. Nuestros modelos funcionales internos y las normas en ellos codificadas equivalen, tal como he sugerido, a una especie de camisa de fuerza invisible que nos limita y a la vez nos oculta tal limitación. Así pues, en una enacción de transferencia-contratransferencia ambas partes desarrollan su función sin ser conscientes de estas limitaciones ubicuas. Ésta es la dimensión repetitiva de las enacciones.

Por otro lado, la mayor parte de los terapeutas y pacientes también se ve impulsado, inconscientemente (así como en un plano consciente), a experimentar nuevos modos de ser, más inclusivos y expansivos que aquellos que aprendieron en sus vínculos formativos. Las tendencias «autorreparadoras» de la mente (Siegel, 1999), el motivo de competencia (White, 1959) y el impulso innato de desarrollo (Weiss y Sampson, 1986), así como la presencia de los sistemas conductuales biológicos que nos inducen al apego y la exploración (Bowlby, 1988), se ven expuestos a la «compulsión repetitiva» (Freud, 1914/1924a) y la tendencia de los modelos funcionales inseguros a perpetuarse (Bowlby, 1969/1982; Main, 1995). Estas motivaciones subyacen a lo que describiré como la dimensión reparadora de las enacciones.

A veces una enacción todavía no reconocida (y que acaso nunca llegue a reconocerse) refleja el impacto directo de tales motivaciones «progresivas». Por ejemplo, el terapeuta que aporta deliberadamente la receptividad y la sintonía que conducen al apego seguro y, por otro lado, el paciente que aprovecha tal condición representan necesidades inconscientes complementarias en una enacción que es fundamentalmente reparadora. Tales enacciones son probablemente

cruciales para generar el contexto de seguridad y las experiencias de «adecuación» acrecentada (Stern et al., 1998) que son esenciales para posibilitar el cambio terapéutico.

Más drásticas y cargadas en el plano emocional son aquellas enacciones *repetitivas* que se reconocen, se exploran y así se transforman en enacciones *reparadoras*.

Durante muchos años atendí a un paciente al que llamaré Al, que casi dos décadas antes había abusado de su hija de ocho años. Ya en la edad adulta, esa misma hija había convencido a su padre para que participara en sesiones a tres bandas con su terapeuta. Aquellas sesiones difíciles, pero evidentemente productivas, junto con los cambios inducidos por la terapia personal de Al, habían contribuido a resolver parcialmente el trauma de la chica. Ahora el hijo adulto de Al, Clark, reclamaba que se abordara también el impacto del trauma de su hermana en su propia experiencia de desarrollo y en su actual vínculo con su padre. Cuando mi paciente propuso a su hijo que hablaran solos o en presencia del terapeuta, su hijo optó por la segunda alternativa, y añadió que prefería reunirse con el terapeuta de su padre antes que con el suyo propio.

En la sesión inmediatamente anterior a aquella la que participó su hijo, Al empezó a decir que le intranquilizaba mucho la reunión inminente. Cuando me pidió que le aportara algunos consejos para que la sesión fuera útil, respondí que, a mi modo de ver, le convendría analizar a fondo sus sentimientos de inquietud. En lugar de eso, me dijo que necesitaba esclarecer lo que quería decirle a su hijo. Entonces empezó a hablar en un tono contenido y deliberado, casi como si ensayara un papel o como si su hijo Clark ya estuviera en la consulta con nosotros, y esto le intranquilizara. Sus palabras no carecían de significado, pero la formalidad del discurso menoscababa su impacto emocional. Parecía que hablaba de otra persona cuando describía a su padre loco, el dolor de su pasado, y el refugio que había encontrado de niño en la sexualización de sus vínculos.

Al escucharle, me percaté de que tenía cada vez más dificultades para empatizar con él. Como lo conocía desde hacía varios años, me resultaba relativamente fácil sincronizar emocionalmente con él, sentir sus vaivenes emocionales y explicarlos. Ahora, sin embargo, la presencia de su hijo en mi mente –y probablemente en suya– empezó a cambiar las cosas De pronto, me pareció que nunca me había permitido a mí mismo sentir plenamente la gravedad de lo que había hecho Al. Llegué a la conclusión de que, para sentir que estaba con él y que podía ayudarle, tenía que situarme a una distancia emocional segura respecto de los hechos de su pasado. De ese modo repetía ciertos aspectos de mi propio pasado, al igual que su distancia emocional repetía ciertos aspectos de la suya. Conjuntamente, al parecer, habíamos enactuado una connivencia de defensas que tal vez ahora nos resultaban imprescindibles.

Recuerdo que en este punto le interrumpí para decir algo como lo siguiente: «Al, no estoy seguro de si tu experiencia actual será similar a la mía, pero tengo que decir que para mí, y supongo que para ti también, es como si Clark ya estuviera aquí con nosotros. Y para mí, la sensación de que él ya es una presencia aquí me muestra de forma infinitamente más real y dolorosa los sucesos que has tenido que soportar y las cosas que has hecho. Y todo esto me ha hecho ver hasta qué punto he tenido –tal vez los dos hemos tenido– que atenuar la realidad de esos hechos, de forma que nos resultaran más soportables».

En este punto, visiblemente afligido y confuso, Al apartó la mirada. Entonces dijo: «Yo no quiero que mi padre... quiero decir, yo no quiero... es decir, no quiero que Clark tenga que soslayar la realidad de lo que ha ocurrido».

Yo le dije: «Pero creo que el lapsus que acabas de tener (primero es tu padre, luego eres tú, luego Clark) probablemente significa que sientes que has tenido que soslayar la realidad». Aquí respondió en un tono bastante lastimero con una pregunta: «¿Sabes lo que decía mi padre cuando yo le preguntaba por qué bebía? "Pregúntaselo a tu madre"». Conviene aclarar que, cuando Al era niño, su padre se había negado a conversar con su esposa durante varios años. Al, el mayor de siete hermanos, se había visto obligado a actuar de correveidile que transmitía los mensajes de su padre a su madre y viceversa.

Yo le dije: «Mira, si intento imaginar lo que siento al tener que hablar con mi hijo acerca de algo de lo que me avergüenzo terriblemente... Dios...». Y en ese punto interrumpí la frase, por falta de palabras para describir esos sentimientos tan difíciles de soportar, o incluso de imaginar. Cuando miré a Al, vi que inclinaba la cabeza hacia atrás y se le crispaba la cara de angustia. Entonces se hizo un largo silencio que acabó cuando le pregunté si era capaz de decirme lo que ocurría.

En una voz ahogada de sentimientos, respondió que recordaba algo que le había ocurrido a los 14 años de edad, en el colegio, cuando un amigo le preguntó que si estaba bien, y él simplemente se derrumbó y se echó a llorar. Y no sólo por su padre, me dijo, por las mentiras y el silencio, la casa cochambrosa y la familia grotesca en la que se crió, sino por la terrible carga de vergüenza y culpabilidad por ser quien era, una carga que había tenido que apartar constantemente de su conciencia.

Respondí que observaba una terrible paradoja: con el fin de protegerse de las fuentes externas de vergüenza y

pena, se había comportado sexualmente de modos que habían contribuido a que su vergüenza no obedeciera tanto a lo que se había visto obligado a soportar a causa de los demás cuanto a lo que había obligado a los demás a soportar. Al dijo que su vergüenza por lo que había hecho era tan insoportable que a veces todavía tenía que apartarla de la mente. «La apartas –le dije–, pero también cargas con ella».

Continuamos reflexionando sobre lo que podría significar para él no apartar sus sentimientos dolorosos, y la posibilidad de experimentarlos como una parte dolorosa de su ser, pero sólo una parte, en lugar de verlos como el núcleo vergonzoso e inconfesable de su persona. Al final de la sesión, prevalecía una sensación común de que estábamos pisando juntos un terreno nuevo. El hecho de que por fin hubiera sido capaz de sentir plenamente la enormidad de sus actos (yo ya había sentido la enormidad de los actos cometidos por otros contra él) le permitió soportar mejor su propia vergüenza y sentir que podía ser conocido y aceptado a pesar de todo.

Cuando ya nos despedíamos, me pidió que le diera un abrazo. «Claro», le dije. Y se lo di. En este punto quisiera precisar que, durante gran parte de nuestro vínculo, no habría sido capaz de abrazarlo, y supongo que era porque los sentimientos de los que me defendía me imposibilitaban acogerlo plenamente, tanto en el plano emocional como en otros sentidos. En cambio ahora el abrazo parecía totalmente natural y apropiado: una expresión corporal, creo, del reconocimiento común de la profunda comprensión y conexión emocional lograda durante la sesión.

En sesiones clínicas como ésta, el terapeuta tiene la oportunidad de transformar una enacción repetitiva en otra de carácter reparador o necesario. A menudo, como era el caso de mi vínculo con Al, el procesos de transformación comienza con el reconocimiento, por parte del terapeuta, de su propia participación en la enacción.

Al presenciar el «trauma de la transgresión» (Kramer y Akhtar, 1991) a través de los ojos de una de sus víctimas, y no a través de los del perpetrador, fui capaz de aceptar los sentimientos acerca de la conducta que Al que había eludido inconscientemente. Para mí, tal elusión reflejaba una nueva manifestación de una vieja necesidad de mantener a raya el impacto emocional de mis peores experiencias vitales. Esta exclusión defensiva formaba parte de mi contratransferencia en relación con Al. De un modo similar, Al había logrado a veces –aunque sólo a veces– atenuar el impacto de sus sentimientos acerca de los abusos cometidos con su hija, acallándolos o eludiéndolos. Estas defensas eran un rasgo autoprotector de su desconfianza transferencial en relación conmigo. Aquí la repetición surgía, como surgen casi todas las enacciones, a través del solapamiento –la concordancia, podríamos decir– entre los aspectos de la contratransferencia del terapeuta y los de la transferencia del paciente.

Precisamente gracias a esta concordancia predecible, la consciencia del terapeuta acerca de su propio papel en la enacción es un recurso poderoso. El reconocimiento del carácter de nuestra participación facilita que el paciente sea explícito acerca de las facetas de la experiencia que anteriormente no ha podido o sabido verbalizar.

Cómo incidir sobre nuestra consciencia de las enacciones

Una vez que reconocemos nuestro papel en una enacción, hasta cierto punto deja de atenazarnos. Exactamente cómo debemos proceder para aprovechar dicha consciencia no es algo que pueda prescribirse de manera teórica. La teoría puede ofrecernos algunas pistas generales, pero lo que «funciona» dependerá, invariablemente, de las particularidades de cada terapeuta en un vínculo con un determinado paciente. La «matriz interactiva» (Greenberg, 1995) constituida por la interacción de ambas subjetividades es el contexto en el que adquieren significado las intervenciones del terapeuta con el paciente.

¿Qué cita el paciente? Y dada nuestra configuración psicológica, ¿qué somos capaces de aportar? Dependiendo de nuestra respuesta a estas preguntas, así como de los sentimientos que

nos infundan las necesidades del momento, tenderemos a responder, de forma más o menos reflexiva, con una revelación deliberada de nuestra experiencia, un comentario empático sobre la experiencia del paciente, o una observación sobre la interacción. Alternativamente, supongo, una respuesta útil puede conllevar la interpretación, el humor, el silencio receptivo, la fijación de un límite o cualquier otra técnica que sirva al paciente para atenuar la fuerza de la enacción.

Procesamiento de la experiencia interna, proceso interno compartido

Mediante el fomento de un modelo experimental e improvisativo de la intervención terapéutica (Renik, 1999a; Ringstrom, 2001), las teorías relacionales e intersubjetivas han abierto una amplia gama de «movimientos relacionales» (Lyons-Ruth et al., 2001; Stern et al., 1998). En particular con respecto a las enacciones, la clave para los terapeutas consiste en intervenir de modos que demuestren al paciente nuestra *libertad* recién adquirida para movernos, es decir nuestra libertad para pensar, sentir y actuar de maneras que no eran posibles antes de que reconociéramos nuestra participación limitada (y limitadora) en la enacción.

Tales movimientos relacionales pueden ser implícitos y sutiles, o pueden ser muy directos. Pueden producirse fácilmente o con considerables dificultades, dependiendo de la tenacidad de las necesidades inconscientes tanto nuestras como del paciente. Y pueden evocar en el paciente respuestas que sugieren que los movimientos del terapeuta son útiles y liberadores, o bien disruptivos e inoportunos. Lo que resulta potencialmente terapéutico en estos movimientos relacionales –cualquiera que sea su forma– es su demostración de que el terapeuta ha cambiado y ya no está constreñido por la enacción. A medida que cambia el terapeuta, suele cambiar el vínculo y también, a veces, el paciente. Por supuesto, esto no ocurre necesariamente de forma inmediata o rápida. El trabajo con nuestra consciencia de las enacciones es un proceso, no un acontecimiento.

En la bibliografía sobre las enacciones, varios autores sugieren que, con el fin de atenuar el peso de la repetición, de forma que se pueda experimentar y aprender algo nuevo, conviene alternar de forma flexible entre dos posturas: una interpretativa y la otra expresiva en el plano personal. Hoffman (1992, 1994) explica esta alternancia de posturas terapéuticas como la dialéctica de la autoexpresión auténtica, por una parte, y por otra la comprensión basada en el conocimiento teórico. Burke (1992) explora el mismo territorio bosquejando el «dilema de la reciprocidad-asimetría», mientras que Mitchell (1995) describe los enfoques interpersonales y kleinianos contemporáneos de la interacción.

En una postura interpretativa, el terapeuta se proyecta como *observador* participante, mientras que en la postura expresiva el terapeuta se proyecta como *participante* observador. En el primer caso se hace hincapié en la contención y el procesamiento interno de nuestra experiencia de la enacción hasta el punto de comprenderla y comunicar esa comprensión al paciente. En el segundo, se incide en la importancia de responder al paciente con una expresividad y una autenticidad suficientemente atractivas en el plano emocional como para «romper el hechizo» de la enacción.

Voy a ejemplificar cada uno de estos enfoques. Ambos se refieren a la misma paciente irresoluta –la llamaré Ellen–, traumatizada por unos padres que fueron, alternativamente, negligentes y maltratadores. La traté durante siete años. La sesión clínica descrita a

continuación ilustra una respuesta interpretativa a la enacción.

En una sesión me percaté de un patrón de interacción que había ocurrido reiteradamente en mi vínculo con Ellen. Sobre todo cuando se aproximaban las interrupciones de la terapia, el reconocimiento de su dependencia de mí le hacía sentir una mezcla casi intolerable de miedo, vergüenza y rabia. A menudo reaccionaba diciéndome que empezaría a verme con menor frecuencia. A veces discutía o amenazaba con dejar la terapia. En respuesta, yo le comunicaba implícita y explícitamente no sólo mi reconocimiento de sus sentimientos difíciles y de sus defensas contra ellos, sino también mi convicción de que su dependencia, aunque era real, no era nada vergonzoso o fuera de lo común, sino que reflejaba una capacidad cada vez más sana de aprovechar lo que yo le ofrecía.

Al sopesar mis respuestas, aparentemente sintónicas y apropiadas –pero ya demasiado previsibles– ante el miedo y la rabia que sentía Ellen por su dependencia, acabe reconociendo mi papel en una enacción. Advertí en mi conducta mi propio deseo de «salvarla», es decir, de ayudarle a salir de su soledad autoprotectora hacia el mundo del vínculo. Sospeché que, de modo complementaria, lo que ella deseaba pero no era capaz de representar era un vínculo «real» conmigo en el que, de forma figurada, pudiera salir de su viejo mundo hacia un mundo nuevo caminando a mi lado.

Cuando le comuniqué esta comprensión, su reacción inmediata fue de alivio, sospecho que porque mis palabras le permitieron sentirse menos atrapada en un patrón de respuesta que la había atormentado y confundido muy profundamente. Dijo que nunca había concebido de este modo el significado de su dependencia, pero que le ayudaba a explicar sus sentimientos de rabia, vergüenza y miedo cada vez que se interrumpía la terapia. También dijo que esta explicación le ayudaba a entender que, quizá, precisamente por la rabia que le provocaba no recibir de mí *todo* lo que quería, se impedía recibir *algunas cosas* que podía esperar de forma realista. Pero añadió que esta comprensión también le resultaba inquietante. Se quedó corta al describirlo así. Retrospectivamente fui capaz de ver que esta sesión marcó una encrucijada en la terapia.

La siguiente sesión que presentaré había ocurrido dos meses antes. Ilustra el uso de la expresividad personal en el intento de «trascender» una enacción.

Ellen entró en mi consulta con aspecto tenso y una mirada un tanto suspicaz. Nada más sentarse, dijo en un tono bastante desafiante que ese día no le apetecía nada la terapia. De hecho, había llegado a plantearse no venir. Por mi parte, me sentía más relajado que de costumbre con ella aquella tarde, por motivos que explicaré enseguida. Así que, aunque se me pasó por la cabeza el pensamiento resignado habitual («Ya estamos»), también sentí que podíamos tener una conversación productiva sobre su deseo conflictivo de reunirse conmigo. «Bueno –le dije, probablemente con un atisbo de sonrisa–, seguro que hablaremos mucho de ello cuando volvamos». Me refería al hecho de que estábamos a punto de meditar, como hacíamos habitualmente durante cinco o diez minutos al principio de cada sesión. A este comentario sincero pero un tanto burlón, respondió poniendo los ojos en blanco, no sé si con una irritación simulada o con un auténtico enfado. Entonces meditamos.

Antes de continuar, debo decir que durante varias sesiones inmediatamente anteriores a ésta, me esforcé en gestionar y explicar sus sentimientos de ira, pero también los niños. Yo había pensado que ella se ponía palos en las ruedas al no tener en cuenta una serie de asuntos médicos arriesgados. Y había intentado entender esta experiencia. Había fijado ciertos límites para protegerla. También me había exasperado. Por su parte, Ellen me había experimentado como punitivo e inclusivo, pero en última instancia útil.

Poco antes de la presente sesión, yo había reconocido –con notable alivio– mi probable papel en una enacción cocreada. Me di cuenta de que estaba enfadado con Ellen de modos que reflejaban mis propios conflictos en relación con la dependencia y mi enfado infantil con mis padres. Ellen estaba enfadada conmigo, supongo, de modos que reflejaban no sólo sus conflictos por la dependencia, sino su rabia con su padre intrusivo y maltratador y con su madre negligente que se fingía enferma y rechazaba la ayuda. Desde su perspectiva, yo era su padre, mientras que ella luchaba por no ser su madre. Desde mi perspectiva, yo estaba con mi madre exigente, pero terriblemente autosuficiente, al tiempo que luchaba por no ser mi padre tolerante en exceso y tácitamente resentido. Obviamente este análisis simplifica en demasía los complejos vínculos que teníamos Ellen y yo entre los dos y con nosotros mismos. Sin embargo, mi compresión aquí me permitió experimentar esta sesión con un sentimiento más liviano y más claro, como si por primera vez en mucho tiempo tuviera espacio para moverme.

Después de meditar, y con los ojos abiertos una vez más, Ellen y yo nos miramos. En ese contacto experimenté una sensación muy sorprendente (y conmovedora) de conexión entre los dos. Supuse que ella sentía lo mismo. Su expresión facial se suavizó, como con una especie de aceptación. Nunca había visto a Ellen tan tranquila y abierta como en esos momentos.

Entonces se movió en el diván y empezó a hablar de un modo algo superficial, aunque por extenso, sobre su renuencia a reunirse conmigo. Proseguía, al parecer, las discusiones contenciosas de las sesiones anteriores, pero en modo alguno con la misma intensidad de sentimiento, como si el hecho de que me hubiera zafado de la enacción se le hubiera comunicado implícitamente y la hubiera liberado en parte de ese dominio. Sus palabras no carecían de significado, pero ya no se correspondían con lo que ocurría en la consulta, o al menos no para mí. Creo que percibía lo que yo percibía. En ese momento, parecía fuera de lugar una interpretación. Me preguntó qué estaba pensando.

«Estoy pensando que, al tiempo que hablas de tu renuencia a estar aquí y de tu enfado, elementos que han sido una parte importante de nuestra experiencia reciente juntos, pareces también muy capaz de estar presente aquí hoy y no pareces nada enfadada en realidad. No sé, pero me parece que ahora hay un sentimiento muy fuerte y poco habitual de conexión y aceptación entre los dos. Eso es lo que estoy experimentando. Ysospecho que tú también».

«Eres muy perceptivo». Luego hubo un largo silencio. «¿Yqué crees que es?», preguntó.

«Creo que se llama amor». Las palabras salieron de mi boca antes de que pudiera pensarlas. Era consciente de que había hablado con una ligereza que de algún modo transmitía que era cierto, que era una cosa importante, pero que tampoco era algo fuera de lo común, o desde luego no tan fuera de lo común como para no poder decirlo.

Mirándome fijamente con lágrimas en los ojos, asintió en silencio.

Le dije que se me había quedado grabada la mirada que nos habíamos lanzado después de meditar. «Me sentí extraordinariamente conectado a ti, como si estuviéramos los dos muy presentes aquí y muy tranquilos. Tenías una expresión facial que no creo haberte visto antes. Parecías completamente en paz. Evidentemente no lo sé, pero sospecho que tu experiencia era similar a la mía... Me pregunto si era así». Sonriente y llorosa a la vez, respondió que sí, diciendo que lo había sentido como un momento muy especial: muy relajado, muy próximo y muy emotivo.

«Pero me pareció –proseguí– que tenías que distanciarte de la experiencia, como si no pudieras estar a gusto con el sentimiento de conexión y calma».

«No puedo confiar en ello».

«Ya supongo que no. Tus padres no te dieron motivos para ello. Todo lo contrario. Tiene que ser terriblemente arriesgado dejar de esperar el desenlace fatal. Yya no digamos albergar esperanzas de algo que estás segura de que no vas a conseguir».

Al cabo de otro silencio, dijo: «David, has sido profundamente importante para mí. Ahora me resulta más fácil que nunca albergar esperanzas. Ya no tengo las mismas reacciones instintivas ni doy por hecho que las cosas son como parecen. Por muy fuertes que sean mis sentimientos, no siempre tengo que creer en ellos. El lunes quería hacerme daño, pero pensé en lo que me decías: “Esto pasará”, y fue lo único que me disuadió de hacerme daño. Es como si estuviera siempre conmigo. A veces todavía siento que las cosas se aproximan, pero puedo verlas con perspectiva, puedo recuperarme mucho más rápido que antes».

Cuando casi se había acabado la sesión, espontáneamente le dije que era guapa. El hecho parecía innegable. Ella respondió: «Guapa por dentro, quieres decir».

«En realidad, no me refería a eso. Aunque estoy seguro de que también es cierto». Antes del final de la sesión, nos abrazamos. Nos miramos fijamente y los dos estábamos muy conmovidos. Me acarició levemente la mejilla. Luego se marchó.

A modo de epílogo: Al comentar esta sesión cuando volvimos a vernos, Ellen me dijo que le preocupaba que yo pudiera pensar que había traspasado un límite al acariciarme la cara. Respondí que no se me había pasado por la cabeza tal cosa. Esas palabras aparentemente la tranquilizaron. Cuando planteé la posibilidad de que ese contacto físico le hubiera preocupado también al margen de mi reacción, objetó. Cuando exploramos lo que había significado para ella la sesión, dijo que había salido con un sentimiento de alegría: al experimentar tan intensamente la profundidad de mi cariño por ella surgió la posibilidad de que hubiera otras personas que también la quisieran así. Sin embargo, había observado la rapidez con la que tuvo que erradicar este sentido de la posibilidad. Al mismo tiempo, dijo, podía evocarlo en su mente cuando quería.

La yuxtaposición de estas dos sesiones con Ellen contribuye a ilustrar varios puntos fundamentales a propósito de nuestra relación con las enacciones. Los abordaré en los siguientes apartados. Por el momento téngase en cuenta que en el capítulo final de este libro volveré sobre estas sesiones, para contar (en parte) el resto de la historia de mi terapia con Ellen y analizar los asuntos sumamente complejos que plantea.

¿Experiencia emocional correctiva o enacción?

A menudo son ambas cosas. Trascender una enacción puede posibilitar una experiencia emocional correctiva. Sin embargo, retrospectivamente, se verá que la experiencia en sí ha sido parte de una nueva enacción.

La sesión con Ellen que acabo de describir, por ejemplo, conllevaba un «momento de encuentro» transformador (Stern et al., 1998). Después de reconocer la habitual enacción contenciosa y desprenderme temporalmente de ella, tomé conciencia de una dimensión muy diferente de mi vínculo con Ellen. En esta dimensión, destacaban ante todo la interconexión, las afinidades y, en efecto, el amor mutuo. Desde la perspectiva de Ellen, la experimentación de mi nuevo sentido del vínculo le permitió transformar su propia experiencia, como si, en mi reacción ante ella como ser hermoso y digno de ser amado, hubiera vislumbrado una nueva imagen de sí misma y un nuevo sentido de la posibilidad.

Aunque la experiencia de Ellen conmigo en esta sesión tuvo aparentemente un efecto curativo, también podía entenderse a posteriori como parte de una enacción. Aquí representé mi deseo (un tanto grandioso) de rescatar a Ellen de su pasado, mientras que ella se dejó seducir por las falsas esperanzas que yo le infundí inadvertidamente: no sólo lo que ella consideraba la vana esperanza de tener un vínculo pleno con otro hombre, sino la esperanza imposible de tener algo más que un vínculo terapéutico conmigo. En esa enacción se sintió engañada porque yo implícitamente la tenté a imaginar un futuro distinto y más brillante del que creía que era su destino. Comprensiblemente se mostró enfadada y avergonzada cuando las interrupciones de la terapia pusieron de manifiesto las limitaciones de nuestro vínculo. Sin embargo, el reconocimiento de la enacción nos permitió a los dos, por el momento, trascenderla y percibir las posibilidades reales ocultas tras la experiencia de las promesas engañosas.

Lo viejo en lo nuevo, lo nuevo y lo viejo

El pasado y el presente se entrelazan en las enacciones. Desde una perspectiva, los escenarios que enactuamos con los pacientes son vino viejo en odres reciclados. Para mí, «salvar» a Ellen y verla por un instante desde una nueva luz reflejaba las experiencias familiares, fugazmente tranquilizadoras, con mi madre. Para Ellen, el hecho de que yo le infundiera esperanzas vanas le recordaba otras experiencias con su padre, que podía ser seductor en un momento y sádico a continuación.

Desde cierta perspectiva, las enacciones como repeticiones son también la materia prima de la que pueden surgir nuevas experiencias, al igual que surgen hallazgos emocionalmente vívidos en otros más antiguos. A menudo, el mismo hecho de que el terapeuta y el paciente puedan comentar el escenario que enactúan –casi con toda seguridad de un modo que ninguno de los dos sospechaba en la variante inicial– se transforma en una nueva experiencia que, de otro modo, se sentiría sólo como una simple repetición.

Y desde otra perspectiva distinta, existe la paradoja de que la nueva experiencia –surgida, por ejemplo, de la exploración de una enacción repetitiva– puede impulsar al paciente y el terapeuta más profundamente hacia el ámbito de lo antiguo. Un buen ejemplo es la sesión en la que me desprendí de una enacción contenciosa con Ellen y posibilité un instante de encuentro.

Como aquel encuentro satisfizo parcialmente su acallado deseo de amor y conexión, la gratificó. Pero también la animó a asumir riesgos aterradores. En consecuencia se sintió impulsada a abrazar defensivamente la visión de que su terapeuta en el presente, al igual que su padre en el pasado, la inducía a adentrarse en un terreno peligroso.

Interpretación, expresividad personal y capacidad de cambio del terapeuta

Idealmente el terapeuta tiene la flexibilidad y la consciencia de responder a las enacciones de forma expresiva (como en la sesión anterior con Ellen) e interpretativa (como en la que se produjo dos meses después). Tal flexibilidad necesaria para atenuar la presión de las enacciones repetitivas. La misma flexibilidad posibilita un vínculo en el que los encuentros del paciente con el terapeuta están vivos emocionalmente pero también acogen la reflexión. Por último, la flexibilidad nos permite servir a los pacientes como modelos de identificación al menos en dos sentidos.

En la medida en que, de manera relativamente controlada, logramos «mostrar cierta emoción» (Maroda, 1999), aportamos a los pacientes un ejemplo vivo de que es posible sentir y expresar los sentimientos dentro de un vínculo. De este modo, modelamos con eficacia la regulación del afecto. Y si reflexionamos sobre las enacciones, sobre nuestra participación y la del paciente, podemos modelar la capacidad de mentalización.

Cuando reconocemos una enacción y explicitamos lo implícito verbalizándolo, comunicamos al paciente que esa conducta tiene un significado psicológico apreciable, un contexto de sentimiento, pensamiento y deseo dentro del cual puede cobrar sentido. Además, cuando exploramos la enacción, despertamos o ampliamos la consciencia del paciente acerca de los modelos mentales inconscientes, facilitando que se percate de la existencia y el impacto del mundo representacional. De este modo, las enacciones aportan, tanto al terapeuta como el paciente, un contexto en el que es posible ejercer la función reflexiva.

Aunque la flexibilidad que nos permite intervenir de forma expresiva y/o interpretativa es sin duda deseable, también es deseable que lo que decidimos hacer en beneficio del paciente sea coherente con nuestra identidad personal. En vista de la predecible receptividad humana a las señales verbales, no sólo afectará al paciente lo que realmente hacemos sino también nuestros sentimientos percibidos acerca de lo que hacemos. Por ejemplo, si decidimos expresar nuestras reacciones emocionales aunque nos sintamos incómodos con tal autorrevelación deliberada, el paciente probablemente captará la turbación y se sentirá desconcertado ante la falta de concordancia entre nuestra conducta y nuestra actitud tácita sobre dicha conducta.

No obstante, la falta de congruencia es también la materia que constituye las enacciones. Cuando los comportamos de modos que van en contra de nuestro carácter, tenemos que indagar el porqué. ¿Qué es lo que enactuamos? ¿Y cómo se relaciona nuestra experiencia de la interacción con la del paciente? Sin embargo, en gran medida la capacidad del terapeuta de cambiar en determinados sentidos –para ir en contra de su carácter en ocasiones– es justamente lo que posibilita el cambio del paciente. Recordemos aquí las investigaciones que demuestran que la clasificación del apego de los niños pequeños puede cambiar si cambian sus cuidadores (Marvin, Cooper, Hoffman y Powell, 2002).

Las enacciones de transferencia-contratransferencia surgen de un sistema dinámico en el que el cambio en la conducta de una parte inevitablemente influye en la conducta de la otra.

Idealmente, el terapeuta es experto en «cambiar el sistema desde dentro». En la práctica, esto significa que no sólo es capaz de reconocer la enacción en la que está inmerso, cosa que en sí no constituye una gran proeza, sino de cambiar la naturaleza de su participación de forma que pueda pensar, sentir y relacionarse con mayor libertad y conciencia.

Cuando un historial de apego inseguro ha impuesto una falta de flexibilidad sobre un individuo, la intersección de las vulnerabilidades de dicho individuo con las del terapeuta limitarán las opciones de la pareja terapéutica. Es entonces cuando ocurren las enacciones. Pero el terapeuta que encuentra los medios para pensar, sentir y relacionarse con mayor libertad puede abrir nuevas opciones para el paciente. Cada vez que cambiamos lo suficiente para liberarnos de la fuerza dual de nuestras limitaciones y las presiones de la enacción, demostramos que el cambio es posible y facilitamos, paulatinamente, los cambios que el paciente desea y teme al mismo tiempo.

16 El ámbito no verbal II
Trabajar con el cuerpo

[...] el cambio en última instancia requiere conexión con la experiencia corporal que ha sido disociada.

Wilma Bucci (2002, p. 788)

El psicoanálisis –la «terapia verbal»–, al igual que otros tipos de terapias conversacionales, han logrado integrar en la labor clínica una atención al cuerpo. El hecho es que todos experimentamos nuestra identidad y el mundo a través del cuerpo. Nuestras impresiones iniciales de los acontecimientos, filtradas a través de los modelos mentales que nos caracterizan, se registran mediante los cinco sentidos en su interacción con el «sentido interno» propioceptivo que nos informa sobre lo que sucede en el interior de nuestro cuerpo, como el ritmo cardíaco, la respiración, la tensión muscular, la sensación visceral, etc. En gran medida este sentido interno es lo que nos permite saber cómo nos encontramos. Sentimos las emociones en nuestro cuerpo y estos sentimientos modelan nuestra realidad. Así pues, la experiencia vivida, así como los recuerdos de la experiencia (sobre todo de la experiencia emocional), está arraigada fundamentalmente en el cuerpo.

La importancia de prestar atención al cuerpo dentro de un marco orientado al apego es evidente: Las emociones son una experiencia corporal (Siegel, 1999; Damasio, 1994, 1999), y los vínculos de apego son el contexto en el que aprendemos a regular las emociones (Fonagy et al., 2002; Schore, 2003). Esta regulación psicobiológica interactiva es lo que nos permite «traducir» las sensaciones corporales en sentimientos que pueden ser reconocidos,

nombrados, contenidos e interpretados (Krystal, 1988).

Inicialmente el niño aprende el significado emocional de las sensaciones corporales a través de la experimentación de la conducta corporal sintónica (caricias, miradas, expresiones faciales y tono de voz) de la figura de apego receptiva y sensible. Cuando los pacientes carecen de dicha receptividad sintónica, sobre todo cuando han experimentado también el trauma, presentan una capacidad mermada de regular las emociones. En la medida en que experimentan sus emociones sólo como sensaciones somáticas síntomas físicas, el cuerpo «lleva la cuenta» más que la mente (van der Kolk, 1996). En ese mundo, los sentimientos son hechos porque son realidades físicas. Como tales, pueden ser abrumadores o pueden negarse, pero no es posible reflexionar sobre ellos.

Para muchos pacientes es importante –y para los que tienen un trauma irresoluto es esencial– que los terapeutas incluyan en el tratamiento una atención a la experiencia corporal. La traducción del lenguaje del cuerpo en el lenguaje de los sentimientos contribuye a impulsar la regulación interactiva de las emociones que permite al paciente experimentar al terapeuta como una nueva figura de apego y una base segura. A la inversa, la confianza del paciente en el terapeuta como base segura puede facilitar una profunda exploración de la experiencia corporal y un creciente sentido de que los sentimientos pueden tolerarse. Con el tiempo, tal regulación interactiva de las emociones contribuye a que el paciente aprenda a decodificar sus sensaciones somáticas de forma que los afectos empiecen a utilizarse como señales para el yo y los demás. De este modo, cuando los sentimientos pueden reconocerse como comunicaciones sobre la experiencia –como símbolos interpretables más que como hechos inmutables–, se abre la puerta a la mentalización y a la introspección, la empatía y la consiguiente libertad interna.

Además de elevar la capacidad el paciente de regular las emociones, la atención al cuerpo tiene el potencial de facilitar la integración de experiencias que los vínculos de apego iniciales del paciente no logran acomodar. A través de los estados corporales (como el entumecimiento o la agitación) y las expresiones corporales como los bostezos o gestos), los pacientes revelan sentimientos –y defensas contra los sentimientos– que no han podido o no han querido reconocer.

Además, el cuerpo recuerda y revela (Rothschild, 2000; Hopenwasser, 1998). Los recuerdos disociados suelen almacenarse somáticamente no sólo como sensaciones que se reviven en el presente sino como posturas corporales y movimientos incipientes asociados con las experiencias traumáticas iniciales. Por ejemplo, un paciente deprimido con dolor crónico de cuello y hombro llegó a reconocer que solía tener el hombro derecho levantado o girado/retraído hacia adentro, como si adoptara una postura autoprotectora ante un eventual ataque. Posteriormente vimos que cerraba el puño de la mano derecha –el puño, decía, «que quería pero nunca se atrevió a devolver el golpe»– como si conectara emocionalmente por primera vez con la rabia que sentía contra su padre por el maltrato físico que le propinaba.

Así pues, además de lo que nos evocan los pacientes y lo que enactúan con nosotros, todo lo que expresan a través del cuerpo puede ser una vía de integración de los sentimientos y recuerdos que anteriormente han tenido que disociar. De hecho, en gran medida a través de la activación de la experiencia corporal y sensorial durante la sesión, y mediante el enlace de dicha experiencia con imágenes y palabras sobre las que se puede reflexionar, facilitamos la

integración que constituye el fundamento del cambio terapéutico (Bucci, 2002, 2003; Bromberg, 2003; Ogden et al., 2005). La articulación de enlaces entre las sensaciones corporales de los pacientes, sus sentimientos y los significados que atribuyen a tales sentimientos también contribuye a la integración de las regiones corticales y subcorticales del cerebro. Dicha labor habilita a los pacientes para estar presentes de un modo integrado con el cuerpo y la mente. Éste puede ser un factor esencial para los pacientes irresolutos, que carecen de la capacidad de reflexionar sobre la experiencia somática y, por lo tanto, viven en un cuerpo «sin mente», no en un cuerpo consciente. Para los pacientes elusivos que parecen alojados en una mente descorporizada, el trabajo con el cuerpo puede ser crucial para reconectarlos con la experiencia afectiva y somática de la que se distanciaron.

Mentalizar el cuerpo

Para que el cuerpo sea un recurso terapéutico, se requiere del terapeuta una atención plena (Linehan, 1993; Kurtz, 1990; Ogden, 2006). Con una postura atenta enfocamos deliberadamente la atención –la nuestra y la del paciente– hacia los detalles de la experiencia del aquí y el ahora, sobre todo la experiencia *interna*. Y lo hacemos con una actitud de aceptación y curiosidad intensa sobre lo que observamos, antes que con un deseo de cambiarlo (o interpretarlo). El terapeuta que sugiere al paciente: «Quédate con lo que sientes e intenta conocerlo mejor» pone en la práctica esta actitud. Dicha postura nos permite hacer un uso efectivo del cuerpo, en lugar de asumir que sus sensaciones son abrumadoras o inaccesibles. Cuando se percibe (o se teme) que las sensaciones corporales son demasiado insoportables, la atención plena puede servir como antídoto para el pánico o la disociación. Cuando se han adormecido o eludido estas sensaciones con frecuencia, la atención plena puede servir como antídoto para los sentimientos de irrealidad, desvitalización y desconexión.

Cultivamos esa atención plena en los pacientes al intervenir de un modo que requiere que estén atentos, es decir, que sean conscientes de su experiencia mientras la experimentan (Ogden y Minton, 2000). No obstante, al centrar la atención en el momento presente, la mayor parte de los terapeutas tiende a fijarse en las emociones más que en el cuerpo del paciente. Las preguntas o los comentarios sobre la experiencia emocional («¿Cómo te sientes ahora?» o «Pareces triste») son un rasgo mucho más habitual de la conversación terapéutica que las preguntas o los comentarios sobre la experiencia corporal («¿De qué eres consciente ahora mismo en tu cuerpo?» o «Me parece que tu respiración ha cambiado hace un momento»). Dado que el cuerpo es elocuente y que las sensaciones somáticas suelen apuntar a una experiencia negada o disociada, este sesgo requiere corrección.

Leer el cuerpo

Observar los cambios paulatinos en el cuerpo –en el nuestro y en el del paciente– es un modo de acceder al subtexto no verbal del diálogo terapéutico. La lectura del cuerpo nos ayuda a conocer nuestros propios sentimientos y los del paciente. También nos ayuda a calcular el grado de conexión entre los dos miembros de la pareja terapéutica y entre cada uno de ellos y su propia experiencia. Por último, contribuye a evaluar si en el estado anímico del paciente es útil expresar plenamente la ira o la pena, por ejemplo, o si tal abreacción puede resultar

abrumadora o retraumatizadora.

Léxico afectivo

De Darwin (1872/1998) a Ekman (2003), los científicos han observado que todas las emociones llamadas «categóricas» o «básicas» (felicidad, tristeza, miedo, enfado, asco, vergüenza) tiene un conjunto característico de expresiones somáticas. Estas expresiones universales se registran internamente como sensaciones viscerales y externamente como respuestas musculares/óseas que son visibles (en la cara y en la postura) y audibles (en el tono, la cualidad y el ritmo de la voz). Además, las emociones tienden a expresarse en determinados tipos de conducta o impulsos de acción.

El siguiente resumen (véase Rothschild, 2000; Ekman, 2003) puede ser útil para traducir el lenguaje corporal en sentimientos susceptibles de verbalización:

Felicidad: respiración profunda; suspiros; sonrisas; risa; ojos brillantes. *Tristeza*: sentimiento asfixiante, nudo en la garganta; labios curvados hacia abajo; ojos húmedos y enrojecidos; movimiento corporal lento; llanto.

Miedo: ritmo cardíaco acelerado; boca seca; respiración rápida y superficial; temblor; ojos abiertos de par en par con las cejas levantadas; impulsos de huida.

Enfado: tensión muscular, sobre todo en la mandíbula y en los hombros; labios fruncidos, mandíbula tensa (a menudo impulsada hacia delante), cejas bajas y juntas, ojos brillantes, párpados superiores levantados; cuello enrojecido; gritos; impulso de pelea.

Asco: náusea; nariz arrugada, labio superior levantado; giro hacia otra parte.

Vergüenza: creciente calor en la cara; sonrojo; apartamiento de la mirada; impulso de esconderse.

Contratransferencia somática

> *[...] gran parte de lo que captamos en los pacientes podemos sentirlo antes en nuestro cuerpo y, tal vez de forma más inmediata, en nuestra respiración.*
>
> Lewis Aron (1998, p. 28)

Observar nuestra propia experiencia corporal no es menos importante que observar la del paciente; como el sistema neuronal especular puede activarse al margen del paciente, nuestros estados somáticos pueden representar respuestas inconscientes a la comunicación no verbal del paciente. Nuestra percepción inconsciente del miedo, por ejemplo, puede transmitirse de la ínsula a la amígdala, predisponiéndonos a sentir miedo a medida que las neuronas espejo se disparan porque percibimos el estado de temor en el paciente (Iacoboni, 2005). En suma, nuestra experiencia corporal/emocional puede simular la experiencia corporal/emocional del paciente.

Por otro lado, aunque la contratransferencia (incluida la contratransferencia somática) suele ser bidireccional, el flujo de tráfico a veces se origina más en el terapeuta que en el paciente. Por lo tanto, tenemos que ser cautelosos, implicar al córtex prefrontal e iniciar un diálogo con el paciente a fin de diferenciar entre la resonancia empática y la proyección de nuestros

estados anímicos en el paciente.

La consciencia de nuestro cuerpo tiene una significación adicional en el ámbito terapéutico. Cuando nos sentimos a gusto «en nuestro cuerpo» podemos estar más presentes y ser más útiles. Los pacientes no tienen que leernos la mente, porque pueden leernos el cuerpo; al saber de este modo que estamos presentes, pueden atender a su propia experiencia sin preocuparse demasiado por la nuestra. En cambio, si no nos sentimos a gusto en nuestra propia piel, como sucede cuando estamos incómodos, inquietos, somnolientos o exclusivamente centrados «en nuestra cabeza», podemos señalar una caída de la autorreflexión, una ruptura de la capacidad de estar plenamente presentes y/o una desconexión del paciente. Todo ello dificulta, a su vez, que el paciente esté presente, reflexione y se sienta conectado con nosotros (Looker, 1998).

He aludido anteriormente al «cuerpo consciente», término con el que designo el cuerpo que podemos habitar en el momento presente con consciencia y aceptación. Y existe, en efecto, una vinculación entre la capacidad de estar en el cuerpo y la de estar presentes. Estar en el cuerpo es necesario si estamos presentes. ¿Cómo podemos estar plenamente en el momento si no estamos en nuestro cuerpo? Eigen (1977/1993), a propósito de la asociación entre el «cuerpo *que respira*» y la capacidad de estar presentes, afirma lo siguiente: «El yo estructurado por una consciencia de la respiración [...] no se adelanta al tiempo ni va por detrás de él, sino que se mueve acompasadamente a su ritmo» (p. 146). Y Dimen (1998) dice: «Habitar atentamente la respiración es [...] también habitar el cuerpo, la vinculación, el deseo, el inconsciente» (p. 89), y añade: «Si respiras, sientes» (p. 90).1 El punto importante, tanto para los pacientes como para los terapeutas, es que la consciencia de la respiración –sobre todo de la respiración profunda y relativamente lenta– es una puerta a la experiencia más atenta, incluida la experiencia del cuerpo. Puede devolvernos al aquí y el ahora.

El margen de tolerancia

Siegel (1999), Rothschild (2000) y Ogden y Minton (2000) sostienen que las intervenciones clínicas suelen ser efectivas, a corto plazo, en la medida en que contribuyen a mantener la estimulación autónoma del paciente dentro de unos márgenes tolerables; a largo plazo, las intervenciones efectivas pueden expandir el «margen de tolerancia», de forma que se pueden experimentar niveles crecientes de estimulación sin provocar un efecto disruptivo en la capacidad del paciente de pensar, sentir y actuar. Los terapeutas, al centrar la atención en las sensaciones corporales y la respiración, podemos ser especialmente importantes cuando el pasado traumático y el miedo al futuro imaginado anegan la experiencia actual del paciente. Esa situación puede ser visible para el terapeuta incluso cuando el paciente no puede o no quiere reconocerlo. Se advierte en los signos corporales –la respiración, el color de la piel, el ritmo cardíaco– que revelan la hiperactivación de una o las dos ramas del sistema nervioso autónomo (SNA) del paciente.

Entre las señales de hiperactivación del sistema nervioso simpático (SNS) cabe citar el incremento de la respiración y el ritmo cardíaco, así como la dilatación de la pupila y la pérdida de color de la piel a medida que la sangre se desplaza desde la cabeza hacia las extremidades. En este estado, el paciente puede sentirse abrumado y desorganizado. La hiperactivación del sistema nervioso parasimpático (SNP) se refleja en una ralentización de la respiración y el ritmo cardíaco, la contracción de las pupilas y la cara enrojecida. En este

estado el paciente suele sentirse aturdido y/o apagado.

Recordemos que la amígdala («esencial para la supervivencia») reacciona ante las amenazas percibidas mediante respuestas neuroendocrinas que preparan el cuerpo para la lucha, la huida o la «parálisis» (inmovilidad tónica) cuando las dos primeras opciones no son posibles, tal como sucede a menudo en los casos de trauma. Sabemos que el paciente se siente abrumado cuando vemos signos de hiperactivación simultánea de las dos ramas del SNA: el SNS, que facilita la lucha o la huida, y el SNP, que promueve la inmovilidad. Por ejemplo, el paciente que tiene la respiración rápida y la cara enrojecida probablemente se siente abrumado por la emoción asociada con el trauma. Ha llegado el momento de pisar el freno.

Un enfoque posible aquí consiste en pedir al paciente que preste atención a sus sensaciones corporales, más que a sus sentimientos, y las describa (Rothschild, 2000; Ogden y Minton, 2000). Si esta introspección orientada al cuerpo resulta excesiva, entonces la atención del paciente puede dirigirse hacia el exterior, por ejemplo, hacia sus impresiones sensoriales sobre la consulta del terapeuta. Un tercer enfoque consiste en proponer al paciente el ejercicio de ralentizar y regular la respiración (véase Weil, 2004). Todos estos métodos afianzan al paciente en la inmediatez del presente, atenuando la presión de las emociones antiguas, a menudo asociadas al trauma. Cuando tales intervenciones se desarrollan con éxito, restauran el nivel de estimulación autónoma del paciente en el «margen de tolerancia» dentro del cual puede reaparecer su «capacidad de flexibilidad de respuesta mediatizada por el córtex prefrontal» (Siegel, 1999, p. 255).

Hablar del cuerpo

La conversación sobre el cuerpo puede estructurarse de varios modos. Podemos observar el cuerpo del paciente y comentar directamente lo que vemos. Podemos invitar a los pacientes a que observen y describan las sensaciones su cuerpo. Y podemos desarrollar la consciencia de las conexiones entre las sensaciones corporales, los sentimientos y los pensamientos del paciente. Independientemente de la forma que adopte la conversación sobre el cuerpo, puede resultar tensa para algunos pacientes. Ése fue el caso de una mujer a la que comenté que su voz parecía provenir de un lugar mucho más próximo a la garganta que al vientre. Respondió que mi observación le incomodaba, y que era muy consciente de la cualidad de su voz y no estaba nada descontenta con ella. Las sugerencias sobre el cuerpo deben presentarse de forma provisional y respetuosa, teniendo en cuenta que cabe la posibilidad de que el paciente se sienta desprotegido, cohibido o criticado.

En el capítulo 8 aludí a mi trabajo con «Eliot», un paciente con un estilo de apego fundamentalmente elusivo. Durante una sesión reciente, cuando comentábamos su impulso de separarse de su mujer, Eliot bostezó. Y volvió a bostezar. Le dije: «Estás bostezando. A lo mejor aquí hay algo significativo. Me pregunto si tienes alguna percepción de lo que sientes. O si tal vez no quieres sentir».

Eliot habló después de una larga pausa: «Me siento cansado».

«Umm. ¿Tienes alguna percepción de cómo es ese sentimiento de cansancio?».

Eliot permaneció en silencio, pero con cara de enfado. Cuando le pregunté qué pasaba, me dijo: «No me ha gustado que me hagas esa pregunta. Me ha parecido capciosa, una especie de cebo con trampa. Me ha dado la impresión de que había gato encerrado».

Lo que se puso de manifiesto paulatinamente era la percepción de Eliot de que le había invitado a ser vulnerable, preguntándole por el bostezo, y luego lo había desorientado. En respuesta a la revelación de su experiencia, yo le había pedido algo más y algo diferente. Él había revelado su sentimiento («cansado») y yo quise que lo interpretara, probablemente como disociación. Pero a él no le parecía una disociación, según me dijo, aunque sabía que en otras ocasiones el bostezo había tenido esta significación.

Intenté reparar la ruptura explicando que, en parte por mi experiencia directa, había percibido que el bostezo y la somnolencia reflejaban a menudo la necesidad de no estar presente. Pero como no estaba seguro de que esta explicación pudiera aplicarse de forma universal, sentí una auténtica curiosidad por saber cómo interpretaba el sus bostezos. Añadí que, para mí, el cansancio no era un sentimiento sino una sensación física con un significado que teníamos que captar. Por último, reconocí la dolorosa vulnerabilidad asociada con su apertura al comunicarme cómo se sentía.

En este punto se relajó, y me habló de algo que hasta entonces le había dado reparo comentar: un póster que había visto en un poste telefónico cuando venía a la consulta. Desde lejos supuso que formaba parte de una serie de pósteres que había visto unos meses antes en «Couch Hollow», una zona de San Francisco donde abundan los terapeutas. Eran como carteles de «Se busca», aparentemente diseñados por una paciente muy herida, donde advertía públicamente de los riesgos que planteaba el terapeuta poco ético que había vulnerado sus límites. Eliot supuso que el póster que vio cerca de mi edificio de oficinas era obra de un paciente mío asimismo defraudado. Cuando se acercó y pudo leerlo mejor, observó que era una petición de ayuda para localizar un perro perdido.

Al comentar esta fantasía y su sentido «irracional» del peligro de intrusión que yo planteaba, comprendimos mejor su enfado y sus recelos ante mi pregunta sobre el bostezo, así como la relación de dichos sentimientos con la necesidad de separarse de su mujer. Aunque afirmó que no le convencía del todo la explicación de mi conducta, reconoció que ya no tenía ganas de bostezar.

Los terapeutas a veces tenemos presentimientos sobre el significado de la experiencia o la comunicación corporal del paciente. Por lo general, prefiero limitarme a comentar lo que creo advertir, de forma que el significado surja de la exploración conjunta que suscita el comentario. Sin embargo, a veces es difícil comentar la observación, como ocurrió en una sesión con un paciente que se llevaba la mano a la cara reiteradamente, para rascársela o para apartarse el pelo de los ojos:

Lo que me sorprendía, cuando se lleva la mano a la cara una y otra vez, era que dejaba un dedo estirado, el dedo corazón, componiendo un gesto que conocemos bien. Me costaba entender la significación de esta comunicación corporal, de ahí mi renuencia a verbalizarla.

Entonces recordé que en la sesión anterior el paciente se había olvidado de pagarme. De pronto, mientras me percataba de mi enfado incipiente, se me ocurrió que quizá lo que el paciente estaba enactuando conmigo, evocando en mí y corporizando eran cosas que transmitían un mensaje idéntico. Envalentonado por mi interpretación silente, verbalicé mi observación acerca de su gesto.

El paciente no daba crédito (como me ocurría a mí) hasta que recordó que recientemente había visto a una compañera de clase que repetidas veces se recolocaba las gafas empujando el puente con el mismo dedo infame. No entendía cómo su compañera no se daba cuenta de lo que hacía. Como era de esperar, nos enzarzamos en una conversación sobre cómo era posible que los demás percibieran su ira antes que él.

El contexto de todos nuestros comentarios sobre el cuerpo del paciente es, por supuesto, el vínculo terapéutico. Idealmente el terapeuta sirve de base segura cuya presencia posibilita la exploración segura acerca de la experiencia corporal del paciente. Paradójicamente, esta misma seguridad es la que establece las condiciones en las a veces se expresan los peligros tácitos del vínculo.

Un día, sorprendido por la postura de un paciente con un historial de trauma, me esforcé por verbalizar lo que había observado en su cuerpo cuando entró en mi consulta. Como no lograba transmitirle adecuadamente mi impresión con palabras, le pregunté si me permitía mostrarle lo que había visto. Con su consentimiento, me levanté e intente reflejar con mi propio cuerpo

la postura que había observado en él, con el pecho y la barbilla inclinados hacia delante:

> Claramente molesto por mi imitación de su postura, dijo que le parecía un gesto enfadado y agresivo, y añadió que se sentía incómodo en la consulta en esta sesión: físicamente incómodo. Le pedí que describiera la sensación. «Es como si hubiera tensión en toda esta zona –respondió, pasándose la mano por el pecho, de hombro a hombro–. Es como si quisiera pegar y contenerme al mismo tiempo».
>
> En este punto vi que tenía las mandíbulas tensas y apretaba el puño de la mano derecha reiteradamente. Arqueó la espalda, estirándose, y tembló por un instante, como si intentara librarse de un sentimiento que le impresionaba. Después inclinó el cuerpo hacia delante, con la cabeza caída hacia el pecho, y apoyó los antebrazos en los muslos. En ese mismo movimiento acercó la mano derecha (que ya no tenía el puño cerrado) a la izquierda. Las juntó y las frotó lentamente, adoptando la viva imagen de la resignación. Le pregunté si era consciente de lo que hacía su cuerpo.
>
> Negó con la cabeza y dijo: «Mira, me incomoda mucho todo eso. No me gusta tener este tipo de sentimientos. Toda esa cosa física cuando he empezado a tratar ese tema... Da la impresión de que te has vuelto totalmente desapegado y clínico, como si lo diseccionaras».
>
> Yo sabía a qué se refería. Durante varias sesiones anteriores, en su cuerpo habían estallado varios movimientos casi involuntarios, una especie de ataques de enorme fuerza que (a mi parecer) tenían un aire intimidatorio y enfadado. Con una mezcla de desasosiego y alivio por su consentimiento para abordar la «cara oculta» de nuestra experiencia de estos episodios, le dije que seguramente él me había dado miedo: temía la posibilidad de que perdiera el control o incluso llegara a atacarme. Le comenté que el desapego que percibía en mí era consecuencia de mi incapacidad de reconocer plenamente este miedo, ni ante mí ni ante él.
>
> Respondió que le aliviaba oír este reconocimiento, porque había percibido que yo no era auténtico con él. En un momento posterior de la misma sesión, me dijo (con considerable dificultad) que había tenido varias veces la fantasía de pegarme una paliza, pero que no se había atrevido a decírmelo.

Rastrear las sensaciones corporales de nuestros pacientes de forma continuada es vital, porque casi siempre cambian de forma impredecible y significativa. Cuando permitimos que los pacientes soporten las sensaciones difíciles, les enseñamos que la atención a la experiencia corporal puede transformarla e iluminarla. Así pues, al impulsar la atención plena al cuerpo, potencialmente promovemos la autorregulación y la consciencia de la experiencia disociada. Además, el seguimiento del cuerpo a medida que cambian sus sensaciones a veces abre la puerta a la nueva experiencia:

> Un paciente cuyos apegos iniciales dejaron poco espacio para la dependencia sana estaba molesto de que su mujer embarazada se alterarse por cualquier cosa. Se quejaba de que, cuando estaba a punto de hacer un viaje de dos semanas sin su marido y sin su hijo de un año, le planteaba sus preocupaciones acerca de dónde iba a alojarse, cómo iba a llegar allí, y cosas por el estilo. Cuando le ayudé a reconocer las fuentes probables de ansiedad de su mujer (iba a separarse durante unos días de su marido, su niño pequeño y su ginecólogo), empezó a inquietarse por su dificultad para empatizar con ella. Al ver que nuestros esfuerzos por comprender el significado de su desapego no llevaban a ninguna parte, sugerí que prestara atención a las sensaciones de su cuerpo.
>
> Tomó conciencia de las «mariposas» que le revoloteaban en el estómago, rasgo que interpretaba como miedo. Cuando le animé a que permaneciera con la sensación en el vientre, dijo que era como si le invadiera. Había una presión detrás de sus ojos: lágrimas y tristeza. Estaba callado. Cuando le pregunté qué notaba, me sorprendió oír que simplemente sentía la tristeza. Dijo que ahora era un tipo de emoción totalmente distinto. Sentía el deseo de estar cerca de su mujer y tenía una imagen de su amor que «irradiaba» hacia él.

Evidentemente, el ejercicio de la consciencia corporal no siempre resulta tan fructífero. Los pacientes elusivos cómo éste en muchos casos no consiguen nada cuando se les invita a sintonizar con el cuerpo. Pero la perseverancia siempre ayuda. E incluso la consciencia de que no existe ninguna sensación concreta puede iluminar la alienación del paciente respecto de su cuerpo como fuente potencial de energía e información. Con frecuencia resulta útil sugerir a

los pacientes que observen lo que experimentan en su cuerpo teniendo en cuenta lo que sienten, piensan o imaginan en ese momento.

Movilizar el cuerpo

Una piedra angular de la teoría del apego es que estamos biológicamente preprogramados para buscar el «refugio seguro» de un otro más fuerte o más sabio cuando nos amenaza el peligro. Si no tenemos a nuestro alcance ninguna figura protectora, nuestras opciones activas se reducen a la lucha o la huida; cuando no es posible ninguna de estas opciones, las únicas alternativas que quedan son la parálisis o la inmovilidad. La pasividad impotente –la inhibición del impulso activo de afrontar la amenaza abrumadora– está en la raíz de muchos traumas. Deshacer tal inhibición movilizando el cuerpo puede ser esencial para invertir el impacto del trauma, incluido el trauma relacional provocado por una figura de apego aterradora –e inmovilizadora– de la que no se puede escapar y a la que no se puede recurrir como refugio (Ogden et al., 2005).

El trauma inmovilizador, como recordará, puede desactivar ciertas partes del cerebro, paralizando la voluntad (córtex prefrontal dorsolateral) y silenciando la voz (área de Broca) mientras persiste el peligro. Sin embargo, la parálisis temporal y el «terror mudo» (van der Kolk, 1996) asociados con el trauma pueden dejar un legado duradero. En consecuencia, muchos pacientes sufren la compulsión crónica de obedecer, así como una continua incapacidad de establecer los límites adecuados o de emprender acciones efectivas en su propio beneficio, incluida la acción de acercarse a los demás en busca de apoyo. Aunque se ha victimizado verdaderamente a estos pacientes en el pasado, su inhibición habitual los induce a ser víctimas también en el presente (sólo que víctimas frustradas e intermitentemente furiosas). La «flaccidez» es un término que sugiere cómo continúa expresándose a través del cuerpo la inhibición del trauma. Sin embargo, al prestar atención a las sensaciones corporales, los pacientes suelen descubrir impulsos disociados de actuar maneras autoprotectoras que antes consideraban muy arriesgadas (Ogden, 2006). Capacitarlos para emprender acciones sobre estos impulsos frustrados –incluida la acción de expresarse– puede contribuir a romper el hábito de la inhibición, tal como se ilustra en el siguiente caso:

> Al sentirse tiranizado por su jefe, «Lowell» –un paciente con una historia infantil de maltrato físico–, tomó la decisión de dejar el trabajo, pero era incapaz de «apretar el gatillo» (tal como lo formuló con sus palabras). Durante varias sesiones exploramos sus miedos a la catástrofe que podría desencadenarse si expresaba su deseo de renunciar al trabajo. Su jefe se pondría furioso. Se negaría a la dejarle marchar. O si se lo permitía, lo pondría en algún tipo de lista negra y nunca volvería a trabajar. Alternativamente, le preocupaba causar un gran disgusto a su jefe. Cuando comprendió la naturaleza irracional de estos miedos contradictorios, Lowell se decidió a actuar, pero entró en un estado de pánico de intensidad traumática. Se sintió como si estuviera enloqueciendo. A la ansiedad se sumaba el miedo a mi repulsa en caso de que fuera «demasiado blando» para renunciar a su empleo.
>
> Le trasmití mi empatía por su angustia y le sugerí que aparcáramos por el momento su decisión, con el fin de concentrarnos en la comprensión del pánico y en la gestión de su significado. Sospechando que la atención a su experiencia corporal aquí y ahora podía tener un efecto esclarecedor y relajante, le pedí que hiciéramos un experimento: ¿por qué no intentaba prestar atención a las sensaciones de su cuerpo? Acordamos que si en algún momento aumentaba su angustia, pararíamos y reconsideraríamos la estrategia.
>
> Inicialmente con una voz tensa y apagada, Lowell describió una sensación de tensión en el vientre y dijo que se sentía deprimido. Le pedí que mantuviera esa sensación en el cuerpo para conocerla mejor. Dijo que lo percibía como algo que había en su interior [...] una presión [...] creciente, que la tensión ascendía por las entrañas hacia los hombros y los brazos. Todavía con una voz tenue, dijo que le entraban ganas de expulsar algo, de alejarlo (esto lo dijo con un poco más de fuerza).

«¿Y si dejas que el cuerpo haga lo que quiere?». «Me da miedo». «Me pregunto si te preocupa hacer algo que en cierto modo es excesivo, demasiado grande o demasiado fuerte». «Es posible». Entonces cerró los puños y se recostó en el diván en busca de apoyo mientras pataleaba y repetía varias veces, en estridente consonancia con los movimientos de su cuerpo: «¡Lárgate de mí!».

La fuerza y la furia de sus palabras y gestos permanecieron en el aire como un eco que se disipaba poco a poco. Le pregunté qué le ocurría dentro, de qué era consciente en ese momento. Con un destello de sonrisa dijo: «Soy consciente de que ya no estoy deprimido». Al procesar esta experiencia juntos se estableció una conexión emocional entre el pánico de Lowell ante la perspectiva de «apretar el gatillo» ante su jefe y el miedo que sentía de niño ante la posibilidad de desencadenar una violencia casi suicida contra su padre despiadado y aterrador. Poco después habló con su jefe, que se volvió más complaciente. Con todo, Lowell siguió sopesando la posibilidad de dejar el empleo.

No sólo es útil para el paciente desinhibir físicamente las defensas adaptativas, sino *imaginar* que lo logra. Al disolver los supuestos límites entre la percepción y la acción motora, la neurociencia contemporánea demuestra que, por lo que respecta al cerebro, no existe mucha diferencia entre la experiencia vivida e imaginada, frente a lo que se suponía anteriormente. Aquí la implicación es que el cambio terapéutico puede inducirse no sólo mediante una conducta nueva sino también imaginando la nueva conducta (Siegel, 2004). Por lo tanto, sería interesante formular al paciente preguntas como las siguientes: «¿Qué sientes si te visualizas de niño, enfrentándote a la ira de tu padre, devolviéndole el golpe o expresando en voz alta lo que piensas?». O bien: «¿Qué experimentas ahora si imaginas que logras protegerte de los abusos de tu hermano diciéndole a tu madre que te estaba acariciando?». Abrimos nuevas posibilidades para los pacientes cuando les ayudamos a comportarse –o a imaginar que se comportan– de modos hasta ahora inimaginables.

Desomatización del paciente irresoluto

La emoción es esencialmente psicosomática.
Joyce McDougall (1989, p. 96)

La «desomatización» (Krystal, 1988) es un término que describe una faceta fundamental del proceso terapéutico con los pacientes traumatizados. Estos pacientes suelen experimentar sus emociones como sensaciones somáticas o síntomas físicos, antes que como sentimientos. Aunque se ha descrito la conciencia humana como un «teatro de la mente» (véase Blackmore, 2004), los pacientes irresolutos a menudo viven en un «teatro del cuerpo» cuya única salida consiste en la disociación y las «explosiones psicosomáticas» (McDougall, 1989). La desomatización –la reintroducción de la psique en la experiencia somática de estos pacientes– ofrece potencialmente otra salida.

El legado del trauma irresoluto y el apego desorganizado es tanto biológico como psicológico. Los altos niveles crónicos de estimulación autónoma asociada al estrés pueden producir síntomas físicos (como tensión muscular, elevada presión sanguínea y dificultades para respirar) y obstaculizar el funcionamiento del sistema inmunitario. Los afectos no modulados, que constituyen factores de riesgo de enfermedad, suelen provocar que los pacientes traumatizados se sientan victimizados por el cuerpo (Scaer, 2001). Ayudar a estos pacientes es esencial para comprender el círculo vicioso de disregulación emocional y angustia somática en que suelen encontrarse atrapados.

El estrés traumático y las emociones no reguladas afectan directamente al cerebro. Suprimen la activación del hipocampo incluso llegan a causar su atrofia, provocando que la amígdala reaccione de forma indiscriminada ante los peligros percibidos. Sin la supervisión del marco contextual, la memoria explícita y el control del hipocampo, la amígdala del paciente traumatizado se dispara con gran facilidad, activando promiscuamente el sistema nervioso autónomo en respuesta a señales que cualquier otra persona valoraría como neutrales: el tubo de escape de un coche o la aceleración del pulso cardíaco por emoción o esfuerzo. El resultado del trauma irresoluto puede ser una vida vivida como una continua emergencia: un cuerpo supeditado a crisis reales o imaginarias y una mente sin espacio para traducir los estados somáticos en sentimientos que se pueden compartir, analizar y modular. Con los pacientes irresolutos el terapeuta tiene que aportar el espacio relacional que abre el espacio mental donde puede ocurrir esta traducción o desomatización.

El proceso de desomatización depende ante todo de la capacidad del terapeuta de lograr que los pacientes toleren las sensaciones corporales en lugar de disociarse de ellas. La disociación es la respuesta del paciente a los niveles de estimulación que amenazan con extender el margen de tolerancia. En la relativa seguridad del vínculo terapéutico, modulamos esa estimulación excesiva y contribuimos a deshacer la disociación, animando al paciente a observar las sensaciones corporales a medida que cambian y verbalizando su lenguaje corporal. De este modo, ayudamos al paciente a construir un vocabulario que describe la experiencia física.

Ese vocabulario cumple dos funciones importantes para los pacientes irresolutos. Ante la tendencia de *equiparar* las reacciones somáticas a las emocionales, la capacidad de diferenciar las sensaciones corporales de los sentimientos contribuye a liberar a esos pacientes de la tiranía de la «equivalencia somática», en la cual, por ejemplo, la aceleración del pulso cardíaco *es* terror, y no un reflejo autónomo condicionado desprovisto de significado emocional. Ante la tendencia de *disociar* las reacciones somáticas y emocionales (la aceleración del pulso es un síntoma cardíaco, no una señal de miedo), la capacidad de *relacionar* las sensaciones con los sentimientos contribuye a que estos pacientes utilicen la experiencia interna como base para comprenderse a sí mismos y comunicarse con los demás.

Con el fin de esclarecer el vínculo del cuerpo con las emociones, puede resultar útil describir a los pacientes sus patrones de expresión facial, postura, gestos y prosodia vocal que parecen reconocibles como afectos, es decir, signos visibles y audibles de emoción. Una vez que estos afectos y sensaciones corporales forman parte de la conversación terapéutica, el objetivo consiste en asociarlos con los sentimientos del paciente (y con sus defensas contra el sentimiento), así como con los contextos que los evocan.

Marla tenía una historia de pérdida, abandono y trauma. En una sesión se mostró más inaccesible que de costumbre, sin ninguna percepción sobre el sentimiento o el pensamiento. Cuando le pregunté que percibía en su cuerpo, dijo que notaba una sensación de tirantez en la parte superior del vientre, justo debajo de la caja torácica.

Cuando exploramos la sensación, se percató de que la tensión de los músculos estomacales le impedía respirar plenamente. (A partir de la máxima de Dimen [1998] «Si respiras, sientes», pensé que respirar menos era un modo de sentir menos para esta paciente). Dijo que la sensación de tirantez le resultaba familiar y la asociaba con las interacciones sociales que la ponían nerviosa, sobre todo las interacciones en las que quería conseguir algo de la otra persona.

El trabajo con su cuerpo fue un modo de empezar a abordar directamente en nuestro vínculo sus emociones disociadas, emociones susceptibles de provocar las necesidades dependientes que su experiencia formativa le

había enseñado a negar.

La desomatización no sólo consiste en reconocer y contener los afectos y las sensaciones corporales, sino en interpretarlos o explicarlos. En el nivel más fundamental, explicar las sensaciones y los afectos pasa por interpretarlos como sentimientos (según decía Marla, «Si tengo el estómago tenso y respiro de forma superficial, probablemente me siento asustada»). En otro nivel, la interpretación significa asociar la experiencia corporal y afectiva actual con sus antecedentes pasados. Un paciente, por ejemplo, llegó a asociar el dolor testicular con ciertas experiencias infantiles de terror, cuando se sentía «torturado» psicológicamente por su madre.

Con los pacientes irresolutos la desomatización es una dimensión importante de la psicoterapia, susceptible de fortalecer, en el mejor de los casos, la capacidad no sólo de regular las emociones sino de generar una autoconsciencia reflexiva. El refuerzo de estas dos capacidades contribuye paulatinamente a que estos pacientes dejen de oscilar entre las experiencias de sentirse atrapados en el cuerpo o disociados de él. También puede disminuir su dependencia de las respuestas centradas en lo somático (como la automedicación o la automutilación) ante dificultades que son esencialmente psicológicas. En suma, posibilita que los pacientes irresolutos procesen la experiencia difícil tanto con la mente como con el cuerpo.

La «resomatización» y el paciente elusivo

Recordemos los estudios que muestran que los adultos negadores pueden parecer tranquilos al analizar su historia de apego, a pesar de que los indicadores fisiológicos revelan una angustia emocional que apenas logran percibir (Dozier y Koback, 1992). Estos pacientes suelen estar desconectados tanto de sus sensaciones somáticas como de sus sentimientos, probablemente como consecuencia de la «desactivación» de la estrategia de apego que requiere la sintonía de *todas* las señales internas susceptibles de evocar la consciencia de su necesidad del otro. Al vivir en gran medida «en su cabeza» y ocupar un cuerpo que *actúa* en lugar de *sentir*, estos pacientes parecen faltos de vida y apagados en el plano afectivo, así como limitados en cuanto a su capacidad de estimulación, sobre todo en el contexto de los vínculos. Como sugiere Siegel (1999), pueden tener «un exceso del tono parasimpático global» (p. 283). Dado que carecen de experiencias infantiles de atención y apoyo físico, no mantienen un vínculo receptivo o atento con su propio cuerpo.

Parte del trabajo con este tipo de pacientes debe orientarse a reivindicar el cuerpo creciente. Esto requiere que el terapeuta preste atención al cuerpo de modos que el paciente desconoce. Al comunicar nuestro interés por la experiencia somática del paciente, transmitimos que lo que el cuerpo *siente* es importante, de por sí y como signo de la experiencia emocional del paciente. En lugar de prescindir del cuerpo del paciente, debemos indagar sobre él y observarlo, y cuando el cuerpo «habla» sin palabras, tenemos que conseguir que el paciente sepa lo que oímos. Cuando logramos que los pacientes elusivos se afiancen más en el cuerpo, también les ayudamos a estar más presentes en relación con sus sentimientos, con los demás y consigo mismos. Al generar un vínculo terapéutico inclusivo, esta estrategia permite que los pacientes integren las experiencias –en este caso, experiencias corporales y emocionales– que anteriormente no podían considerar propias.

1. Véase también Epstein (1995) y Aron (1998).

17 La mentalización y la atención plena
La doble hélice de la liberación psicológica

Los contenidos de la corriente mental no son tan importantes como la conciencia que los conoce.

Mark Epstein (2001, pp. 6-7)

La teoría del apego sugiere que nuestros estados anímicos relativamente duraderos, así como nuestra experiencia a cada instante, pueden verse influidos tanto (o más) por nuestra *actitud* ante las circunstancias internas y externas de nuestra vida como por dichas circunstancias en sí.

Los vínculos de apego impulsan la capacidad de adoptar una postura mentalizadora reflexiva que permite una atención flexible, la apertura a la nueva información y la aptitud para considerar múltiples perspectivas sobre la misma experiencia. Tal postura es esencial para comprender nuestra propia identidad y la de los demás. En particular, posibilita una perspectiva *psicológica* que nos invita a reconocer (1) que existe un mundo interno que modela la conducta y (2) que este mundo interno es representacional y se relaciona con el mundo exterior que modela, aunque en modo alguno es idéntico a él. Una postura reflexiva promueve también la libertad interna, una consciencia de la fluidez y maleabilidad de la experiencia subjetiva, así como la posibilidad de ejercer la agencia personal, es decir, intentar influir deliberadamente en la naturaleza de nuestra experiencia.

En cambio, el apego inseguro y/o el trauma irresoluto conducen a estrategias atencionales rígidas, y a veces frágiles, que restringen nuestra capacidad de actualizar los viejos modelos

internos a partir de la nueva información y de considerar la experiencia desde múltiples perspectivas, incluida ante todo la perspectiva psicológica, sin la cual es imposible comprender nuestra conducta o la de los demás. Se trata de una postura de inmersión que nos circunscribe tanto a la visión angosta de la experiencia del momento que cualquier otra perspectiva resulta irrelevante en el plano emocional. Cuando nos limita dicha postura, somos incapaces de interpretar nuestra experiencia y sólo nos dejamos definir por ella.

Muchos de los pacientes que solicitan nuestra ayuda están inmersos de forma crónica o intermitente en su experiencia, y por lo tanto se sienten impotentes para evitar el sufrimiento, los síntomas o las limitaciones que les traen a la terapia. Tales pacientes, cuando son incapaces de captar la diferencia entre la experiencia en sí y sus reacciones ante ella, se sienten aprisionados por las emociones y las creencias como si éstas contuvieran toda la implacable literalidad de los hechos. A diferencia de los hechos objetivos, la experiencia subjetiva –un compuesto fluido multimodal de sensaciones corporales, emociones y pensamientos– surge sólo cuando el mundo representacional personal e intransferible en el que vivimos filtra nuestras percepciones de la realidad interna y externa. Sin embargo, los pacientes a menudo se sienten incapaces de acceder a la consciencia del impacto del mundo representacional y, en consecuencia, no pueden beneficiarse de ella. Acaban inmersos en ese mundo, viviendo como si el mapa fuera el territorio.

En el peor de los casos, son incapaces de pensar nada que no crean ya, de imaginarse sintiendo algo que no sientan en este momento, y de considerar cualquier perspectiva o pauta de acción al margen de aquellas que adoptan actualmente. Esta postura de inmersión socava inevitablemente la regulación del afecto y la flexibilidad de respuesta, así como el sentido de agencia personal que permitiría a estos pacientes sentir que pueden modelar su propia experiencia.

A veces los terapeutas también nos hallamos inmersos y, en consecuencia, nuestra capacidad de pensar, sentir y actuar libremente puede verse gravemente mermada. Las enacciones de transferencia-contratransferencia son ejemplos de inmersión *compartida*. Cuando estamos inmersos en la experiencia, nos atenazan el mundo representacional interno y el mundo de la realidad externa, incluida la conducta de los demás. Una postura mentalizadora y/o atenta puede atenuar la fuerza de las circunstancias internas y externas en las que nos encontramos doblemente inmersos.

La mentalización y la atención plena como procesos de «desinmersión»

Recordemos el hallazgo clínico según el cual la capacidad del adulto de pensar sobre los pensamientos –metacognición– y de interpretar la conducta humana en términos de estados mentales subyacentes –mentalización– predice mejor la seguridad del apego y la capacidad de criar hijos seguros que los hechos recordados de la propia historia de apego del adulto (Fonagy, Steele y Steele, 1991). Evidentemente, la capacidad bien desarrollada de adoptar una postura reflexiva puede falsear la historia personal, incluso cuando esa historia es bastante horrenda.

Un paciente mío estaba marcado psicológicamente por una infancia de abandono y maltrato de un grado de severidad atroz. Sin embargo, como era notablemente resiliente, no estaba

incapacitado por su historia traumática. Un factor clave para su supervivencia emocional fue el reconocimiento hacia los cinco años de edad de que su madre estaba «loca». Esta temprana mentalización suavizó el impacto de unas circunstancias que podrían haber tenido un efecto desastroso en su desarrollo.

A lo largo de la vida, la mentalización tiene el potencial de liberarnos de la inmersión en el mundo interno y en la realidad externa, impulsando la consciencia de la profundidad interpretativa y la naturaleza representacional de la experiencia subjetiva en nosotros mismos y en los demás. Mi paciente, por ejemplo, fue capaz de compensar su experiencia interna de pena y culpa leyendo la mente inestable de su madre. En lugar de considerarla cuerda y calificarse a sí mismo como malo, la redescribió como «loca» y por lo tanto preservó la posibilidad de su propia bondad.

La «redescripción representacional» (Karmiloff-Smith, 1992) y la interpretación inducidas por la mentalización esclarecen no sólo los fundamentos mentales implícitos de la experiencia vivida aquí y ahora sino también su contexto en términos del pasado recordado y el futuro imaginado. La mentalización facilita el «viaje mental en el tiempo» (Wheeler, Stuss y Tulving, 1997) que nos permite, paradójicamente, habitar de forma más plena el momento presente. Cuando carecemos de la capacidad de mentalizar, la experiencia presente se vive bajo la sombra del pasado desalentador o de un futuro catastrófico imaginado.

Al analizar tal experiencia a la luz de los estados mentales subyacentes y de su historia, la mentalización posibilita la desidentificación respecto de las respuestas reflejas y autodestructivas que nos han atrapado anteriormente. De este modo, contribuye a la «desautomatización» (Deikman, 1982) de nuestros esquemas habituales de pensamiento, sentimiento y acción. Como abre un espacio mental (y a menudo un intervalo de tiempo) entre nuestra experiencia y nuestras respuestas ante la experiencia, la mentalización es una forma de «desinmersión» (Safran y Muran, 2000).

Aunque la postura reflexiva que caracteriza la mentalización ocupa un lugar destacado en la teoría del apego, la atención plena sólo ha sido un objeto de estudio tangencial en este modelo. También es una actitud ante la experiencia lo que facilita la desinmersión y la desidentificación de los estados mentales problemáticos. No obstante, a diferencia de la mentalización, que se centra en la *profundidad* psicológica de la experiencia, incluidas su dimensión inconsciente y su historia, la postura atenta atenúa la fuerza de las circunstancias internas y externas, mediante la concentración deliberada y no sentenciosa en la *amplitud* de la experiencia en el momento presente.

En una postura atenta, en lugar de *pensar* en el significado de la experiencia (como hacemos cuando mentalizamos de manera intencional), simplemente *asistimos* al panorama del aquí y el ahora, habitando deliberadamente nuestra experiencia inmediata con la máxima plenitud posible, con el fin de captarla de forma directa (Bobrow, 1997). Esto requiere aceptación, renuncia (Ghent, 1990) o lo que a veces se denomina fe (Eigen, 1981/1999), sobre todo cuando la experiencia a la que asistimos es angustiosa. Pero si optamos por orientarnos hacia ella, en lugar de oponer resistencia, seremos conscientes del desfile de pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que modela y remodela continuamente nuestra experiencia a cada instante.

Elegir deliberadamente adónde y cómo dirigimos la atención es un factor fundamental para

la postura atenta, y la posibilidad de elección consciente depende de la *localización* previa de la atención. A partir de ahí podemos asistir a la experiencia de un modo que refuerza el sentido de la distinción entre la consciencia y los objetos de la consciencia. En este proceso fortalecemos también nuestra identificación con la *consciencia de la consciencia* que puede servir como base segura interna. Como la atención plena revela la naturaleza caleidoscópica y cambiante de la experiencia (la *impermanencia* en la jerga budista), presenta la experiencia como algo menos sólido, menos monolítico y más elástico, y nos permite avanzar por ella con mayor facilidad, favoreciendo el proceso de cambio.

Al mismo tiempo, una postura atenta también puede propiciar que sintamos nuestra experiencia de nosotros mismos y de los demás como algo *más* sólido, más intenso, accesible y «real». Dicha transformación ocurre cuando el pasado y el futuro están subjetivamente desgajados de la experiencia del presente. Entonces se puede apreciar en el aquí y el ahora un aspecto de intemporalidad liberadora, en lugar de percibirlos como una permanencia asfixiante.

En este contexto, existe un sentido paradójico «de la levedad del ser» y la perentoriedad de responder a la experiencia de un modo más compasivo, afianzado y centrado en el presente. Este doble sentido vitalizador de la libertad y la perentoriedad puede romper el trance de impotencia que surge a veces cuando nuestro mundo interno interactúa con la realidad externa. La atención plena impulsa una suerte de despertar que nos permite advertir nuestras respuestas anteriores de carácter automático e inconsciente ante la experiencia, además de desidentificarnos de ellas. De este modo, la postura atenta, al igual que la mentalizadora, puede ser un recurso poderoso de desinmersión y cambio tanto para los pacientes como para los terapeutas.

La mentalización es un componente fundamental de la práctica psicoterapéutica. Responder a la conducta a la luz de los estados mentales subyacentes –explicar la experiencia en términos de sentimientos, creencias y deseos que le confieren significado– es lo que hacemos a diario con los pacientes. La atención plena, incuestionablemente valiosa en sí, puede potenciarnos también como terapeutas «mentalizadores» al permitirnos estar presentes de forma más plena y tranquila. Este carácter de «presencia abierta» (Epstein, 1995) facilita una mayor receptividad ante los rasgos emocionales más significativos de nuestros pacientes y de nosotros mismos. A través de un foco de atención más amplio, la postura atenta posibilita un tipo de conocimiento directo integrador que es producto tanto de cuerpo como de la mente. Gracias a este conocimiento integrado, podemos ayudar a los pacientes a pensar sobre sus sentimientos y a experimentar los sentimientos evocados por sus pensamientos. Así pues, la atención plena, al potenciar nuestra propia mentalización, nos ayuda a fortalecer la capacidad de los pacientes de mentalizar.

Desarrollo de la mentalización y la atención plena en un contexto relacional

Como sugirió Bowlby, los vínculos de apego son contextos sumamente influyentes para el desarrollo porque se experimentan como necesarios. Según explica Ainsworth, las características comunicativas del diálogo (inicialmente no verbal) del desarrollo –su impulsividad, flexibilidad y efectividad para regular los afectos– son lo que determina su

potencial de conferir seguridad o inseguridad. Como ha demostrado Main, los primeros diálogos interpersonales se interiorizan como modelos funcionales y normas para desplegar la atención que modelan, entre otras cosas, nuestra postura ante la experiencia.

En la psicoterapia, al igual que en el desarrollo infantil, la postura ante la experiencia, sobre todo la experiencia que tiene una carga emocional, se modela (y puede remodelarse) en la matriz de los vínculos de apego. El terapeuta (o el progenitor) capaz de lograr una desinmersión de la experiencia puede crear un vínculo en el que el paciente (o el niño) adquiera esa capacidad. Tanto para el paciente como para el niño, la clave del desarrollo de la seguridad y la mentalización radica en la experiencia de un vínculo en el que la figura de apego tiene en mente nuestra mente (Fonagy et al., 2002). Tal experiencia en la psicoterapia depende de la postura mentalizadora del terapeuta que sintoniza de forma empática, una postura que (al igual que la del progenitor receptivo y sensible) tiene dimensiones implícitas y explícitas.

La mentalización implícita conlleva la lectura intuitiva de las señales afectivas no verbales, una especialidad del hemisferio derecho que nos permite responder a la conducta en función de su significado psicológico. Mentalizamos de forma implícita, normalmente al margen de la atención consciente, cuando «reflejamos» inadvertidamente el estado emocional del paciente con una expresión facial o un cambio en el tono de voz. Interpretar automáticamente la conducta de este modo (es decir, con empatía), y responder a ella, es fundamental para impulsar un vínculo en el que el paciente se sienta sentido y comprendido.

En cambio, la mentalización explícita es un proceso *consciente* que utiliza los recursos lingüísticos del «intérprete del hemisferio izquierdo» (Gazzaniga, Eliassen, Nisenson, Wessuger y Baynes, 1996) para reflexionar deliberadamente sobre el significado de la conducta y sus fundamentos psicológicos, a menudo explicitando lo implícito (como cuando el terapeuta comenta el resentimiento tácito revelado a través del tono de voz airado del paciente). Mentalizamos explícitamente e invitamos al paciente a hacer lo mismo cada vez que verbalizamos nuestro esfuerzo por comprender la experiencia del paciente, o bien nuestra propia experiencia de la interacción terapéutica.

La mentalización del terapeuta, implícita y explícita, en el contexto de un vínculo de apego cada vez más seguro refuerza, paulatinamente, la capacidad del paciente de adoptar una postura mentalizadora. Asimismo, el terapeuta que es capaz de mantener una atención plena puede lograr que el vínculo impulse esa capacidad en el paciente.

Como he señalado anteriormente, la atención plena puede ser «contagiosa». En presencia de otra persona que se muestra tranquila y tolerante, es más fácil encontrar la tranquilidad y cierto grado de aautoaceptación en nosotros mismos. Cuando los terapeutas estamos atentos, solemos observar que el paciente confluye con nosotros en un terreno común. Todo esto puede ocurrir de forma implícita. También podemos proponer *explícitamente* a los pacientes que adopten una actitud plena cuando, por ejemplo, les sugerimos que permanezcan con su experiencia del momento presente, o cuando planteamos preguntas que no son capaces de responder sin prestar atención a la experiencia del aquí y el ahora. Cada vez que dirigimos la atención no a lo que ha ocurrido ni a lo que va a ocurrir sino a lo que ocurre ahora, creamos oportunidades para que los pacientes estén atentos. Y cada vez que les permitimos «habitar» el momento presente con conciencia y aceptación, refuerzan su capacidad de atención plena.

La doble hélice: un ejemplo clínico

Teach us to care and not to care
*Teach us to sit still.**
T.S. Eliot (1930/1991a)

La relación entre una postura atenta y mentalizadora en la psicoterapia puede compararse a una doble hélice: un par de espirales parcialmente solapadas que convergen y divergen una y otra vez. La mentalización y la atención plena, aunque difieren entre sí, son modos complementarios y entrelazados de responder a la experiencia y, como tales, se potencian mutuamente: «La introspección induce la tranquilidad y la tranquilidad induce la introspección» (Cooper, 1999, p. 74). Las posturas mentalizadora y atenta pueden potenciar la capacidad del terapeuta de ayudar al paciente a regular los efectos de forma más eficaz, a percibir un sentido de la agencia y a integrar la experiencia anteriormente disociada. Ambas pueden intensificar la consciencia y la libertad interna, permitiéndonos (tanto a los terapeutas como a los pacientes) reconocer los modos en los que la mente mediatiza nuestra experiencia del mundo.

La clave consiste en atenuar el sufrimiento y ser capaces de contribuir a que los pacientes se sientan más vivos, más conectados consigo mismos y con los demás. El sufrimiento en el que los pacientes están inmersos adopta múltiples formas y tiene distintas causas. En gran parte surge del intento de evitar el surgimiento. Las estrategias desactivadoras e hiperactivadoras asociadas con el apego inseguro, así como la disociación y la «representación» asociadas con el trauma irresoluto, pueden entenderse como medidas automáticas y defensivas encaminadas a reducir el sufrimiento presente y la probabilidad de sufrimiento futuro. La mentalización y la atención plena del terapeuta son modos de estar con el sufrimiento del paciente y modos de evitar el sufrimiento. Tienen el potencial de dar cabida y a la vez atenuar dicho sentimiento.

Pero los terapeutas, como los pacientes, somos vulnerables al dolor emocional, por lo que a veces demos estar inmersos en nuestras propias defensas habituales contra ese dolor. La consecuencia es que tenemos períodos en los que estamos inmersos (al igual que los pacientes) en patrones autoprotectores de pensamiento, sentimiento y relación que representamos como de memoria.

«Gracias por un año más»

Éstas eran las palabras finales de una felicitación navideña de Ellen, paciente obsesionada con el suicidio cuyo caso empecé a analizar en el capítulo 15. Allí (pp. 284-288) resumí dos sesiones con Ellen: la primera marcada por una enacción y una experiencia emocional correctiva; la segunda, por una interpretación que cristalizó en torno a una imagen de mí mismo sacando a Ellen de su aislamiento seguro pero yermo hacia un nuevo mundo de relación. Estas sesiones dieron lugar a otras que vale la pena revisar con el fin de esclarecer el complejo vínculo entre las enacciones –la inmersión compartida por el paciente y el terapeuta– y la mentalización y la actitud atenta que contribuyen a atenuar la presión.

La lucha entre la vida y la muerte en mi largo vínculo con Ellen, el sentido del avance lento pero continuo y el parcial «solapamiento» en nuestra experiencia contribuyeron a generar un

lazo poderoso entre nosotros. Después de muchos años se encuentra profundamente apegada a mí (aunque de forma no *totalmente* segura), mientras que mi afecto por ella es considerable y mi compromiso inquebrantable. Todo esto se logró después de un asedio prolongado, con gestos y amenazas de suicidio, llamadas a altas horas de la noche, policía, médicos, hospitalizaciones, y posteriormente una calma relativa después de la tormenta.

El escollo principal, casi desde el principio de tratamiento, ha sido la dependencia. ¿Quién va a cuidar a quién? Éste es el quid. Ellen se ha sentido obligada a lo largo de la vida a ocuparse de los demás. Desde muy pronto, éste fue el papel que le asignaron sus padres cuando le exigieron que se ocupara de sus hermanos pequeños y de ellos dos, en una época en que a ellos les correspondía esa responsabilidad. En la edad adulta, la constante de su función emocional ha consistido en lograr que los demás dependan de ella. En la terapia se resistía a depender de mí, por lo que era como una mujer que se ahogaba pero rechazaba el rescate.

Y sin embargo, también anhelaba inconscientemente que la salvaran, al igual que yo anhelaba inconscientemente ser capaz de rescatarla. Fue la imagen de mí mismo como caballero de Ellen con una armadura brillante lo que me permitió captar mi necesidad de «salvarla», así como su esperanza de ser así salvada. En la sesión que describí en el capítulo 15 como punto de inflexión de la terapia, comenté con ella esta imagen y mi hipótesis acerca de su significado.

Durante varias sesiones posteriores, Ellen expresó con gran enfado su queja habitual de que se había vuelto demasiado dependiente de mí. No sirvió de gran cosa mi sugerencia de que su malestar se había producido justo después de que analizáramos mi deseo de salvarla por arte de magia, así como su deseo de ser salvada de esa manera. Al parecer, no tenía espacio mental para reflexionar sobre el significado de su malestar. Se mostraba completamente inmersa en el mundo claustrofóbico de la equivalencia psíquica, donde los sentimientos son hechos que se representan, en lugar de estados mentales que se sienten y pueden llegar a comprenderse. La única solución que podía imaginar era verme con menor frecuencia: una vez a la semana, en lugar de dos.

A mí me frustraba que no fuera capaz de reflexionar conmigo sobre lo que sentía. Sin embargo, a mí me resultó útil sugerir a Ellen que su dificultad guardaba relación con las mismas esperanzas que habíamos mencionado en aquella inquietante sesión. Cuando conjeturé (sin utilizar esa palabra) que su «mentalización» estaba bloqueada en parte por su «incesante esperanza» de recibir de mí lo que añoraba en la infancia (Stark, 2000), acrecenté mi empatía por su dolor y le quité hierro a mi necesidad perentoria de salvarla. Lo que todavía no había captado plenamente eran los orígenes de esta necesidad en mi propia psicología.

«No va nadie al volante»

En la primera sesión de las cuatro que resumiré, Ellen dice que sabe que siento que ha ocurrido algo importante en la terapia, pero ella no está segura. Me pide que vuelva a explicarle lo que he pensado.

Respondo: «Seguro que recuerdas la sesión en la que te comenté mi imagen en la que de alguna manera que "salvaba" llevándote de la mano hacia un mundo mejor. Supongo que tu esperanza de que algo así ocurra dificulta que quieras trabajar conmigo para entender contra qué luchas. De todos modos, creo que existe la esperanza de que puedas salvarte estando conmigo y experimentando aquí lo que no experimentase con tus padres: todo el amor y el

cariño que necesitabas para crecer sintiéndote segura y fuerte».

Cuando dice que sabe que tengo esta idea, pero no sabe si es cierta, insisto. «En más de una ocasión hemos comentado lo reacia que eres a permanecer con tus sentimientos e intentar conocerlos, verbalizarlos conmigo con el fin de gestionarlos».

Está de acuerdo con esta idea. «No sólo soy reacia sino que tengo una aversión absoluta a prestar atención a lo que siento». Largo silencio. «Así que esa parte de lo que dices parece cierta». Otro silencio. «Pero parece un reto muy difícil». Silencio.

«¿Y qué sientes antes de desafío?».

«Me pone nerviosa. Es como si hubiera algo que puedo hacer pero no hago. ¿Pero para qué voy a molestarme si no creo que sirva de nada? Es demasiado tarde para mí. No hay razón para la esperanza. No me apetece tener futuro. Requeriría tanto trabajo que la única cuestión es si veo algún futuro para mí. Pero no lo veo».

Al oír estas palabras, yo también siento desesperanza, aunque nada de lo que diga bastará para llegar a ella. Al reconocer una vez más la profunda dificultad o acaso la imposibilidad de Ellen para movilizar sus recursos en beneficio propio, siento que me hundo hasta que, espontáneamente, me viene a la mente una imagen mental de Ellen sentada en el asiento del conductor de un coche.

Una imagen o metáfora como ésta suele ser la forma que adopta la mentalización del terapeuta. A veces esa imagen se convierte en una parte esencial de la conversación terapéutica, donde tiene el potencial de contribuir a fortalecer la propia capacidad mentalizadora del paciente. ¿En qué sentido? Las imágenes y metáforas, al igual que la mentalización, conllevan símbolos. Es decir, denotan otra cosa y, aunque representan de modo significativo (o eso esperamos) algún aspecto de la realidad emocional, también es posible jugar con ellas. Cuando trabajamos con esos símbolos inicialmente no verbales en la terapia, «jugamos con la realidad» (Fonagy y Target, 1996), que es una buena descripción de lo que hacemos cuando mentalizamos. Decido compartir mi imagen con Ellen.

«Hace un momento, cuando decías que no puedes imaginar ningún futuro, he tenido una imagen mental de ti sentada en el asiento del conductor de un coche. Y el coche no se mueve. Estás en el asiento del conductor, pero eres reacia a coger el volante (o tal vez te sientes incapaz). En tus propias palabras, es como si tuvieras una "aversión absoluta" a mirar por el parabrisas para ver lo que hay delante de ti y una aversión absoluta a mirar por el espejo retrovisor para ver lo que tienes detrás. Y como no eres capaz de mirar adelante y atrás, te resulta muy peligroso conducir, como es evidente. De hecho, probablemente vas a querer que otra persona coja el volante, de forma que seas capaz de llegar a algún sitio sana y salva».

«No quiero conducir, tienes razón. [...] Quiero que me lleve otra persona». Lo dice en un tono especial y con una mirada que expresa, a su vez, su derecho airado a pedirle a alguien que conduzca y su vergüenza por haber verbalizado ese deseo.

Al percibir su doble sentimiento doloroso, digo: «Lo sé. Claro que quieres eso. Supongo que sientes que lo mereces y que es vergonzoso y humillante querer eso».

«Me da mucho miedo mirar adelante. Es tan deprimente... Y también me abruma mirar atrás. Hace mucho tiempo que no lo hago». Ahora entre lágrimas: «Las cosas se ponían fuera de control. Era yo quien conducía antes de desmoronarme. Era yo quien tenía el control. Pero desde entonces he estado esperando de una manera que alguien asuma la responsabilidad». Lucha claramente con sus sentimientos.

Le digo: «Yo no quiero asumir la responsabilidad. Pero me gustaría sentarme a tu lado en el coche, como si empezaras a conducir otra vez y yo estuviera ahí para ayudarte a que no apartes la vista de la carretera y a que mires por el espejo retrovisor».

«Pero si miro, si presto atención a lo que siento y pienso, va a ser demasiado. Lo sé».

«Creo que tienes miedo de no ser capaz de pisar el freno».

Conversamos largo y tendido sobre cómo podía ser capaz de pisar el freno: visualizando un lugar seguro, atendiendo a la respiración, meditando como hacemos al principio de cada sesión. Cuando se acerca el final de la obra, me dice que siempre ha soñado con coches. De niña, soñaba que iba en el asiento trasero, aterrorizada porque no había nadie al volante. Ahora, de adulta, sueña que va en el coche sola, pero es incapaz de sentarse en el asiento

del conductor.

«En una encrucijada»

Varias sesiones después, mientras meditábamos, se me pasó por la cabeza un pensamiento que, retrospectivamente, me parece muy significativo: «Tengo que pasar menos tiempo al volante para que Ellen experimente su propio sentido de la agencia». Me quedo callado, algo bastante excepcional, y Ellen es la primera que toma la palabra. Cuando dice que se siente cansada, le pido que describa ese sentimiento de cansancio aquí y ahora.

Con lentitud y tranquilidad, dice: «Es un sentimiento mixto. [...] Por un lado es una sensación de seguridad y consuelo. Me gusta ser capaz de estar aquí. [...] Pero también me apetece llegar a algún otro sitio hoy».

Al oír lo que pueden ser tenues indicios de agencia, guardo silencio. Centro tanto la atención en mi respiración y en el interior de mi cuerpo como en sus palabras. Me siento tranquilo, presente y mucho menos presionado que de costumbre para actuar. Soy consciente de que mi vientre sube y baja con la inhalación y la exhalación. Tengo la impresión de que la aprehendo visceralmente y que creo espacio para ella.

Haciendo pausas entre las ideas, dice Ellen: «Me siento cansada porque se suceden los pensamientos a gran velocidad... Mi mente va saltando de una cosa a otra... Me distraigo constantemente con pensamientos superfluos, para no estar con lo que sucede dentro de mí».

«Yo estoy contigo. Conozco la experiencia que revolotear dentro de mi mente cuando estoy disgustado. Es como si buscara un lugar seguro o cierta comprensión o una conclusión o un marco».

«Pero tú eres capaz de observar tus pensamientos. Yo, en cambio, escapo de los míos. [...] Siempre me estoy alejando de mi experiencia».

Más te valdría orientarse hacia ella, es lo que pienso. Entonces dirijo mi atención de nuevo hacia adentro, hacia la experiencia de mi cuerpo que respira. No intento entender nada en este momento. Me siento tranquilo y abierto.

Al cabo de un silencio prolongado, dice Ellen: «De alguna manera siento que estoy en una encrucijada. [...] Pero no puedo definirla muy bien».

Rompo otro silencio largo para decir: «Parece que percibes que tienes que tomar una decisión o elegir un camino».

«David, estoy luchando por renunciar a la idea de que voy a suicidarme».

Exhalo un suspiro profundo y audible.

«Y cuesta tanto... Cuesta tanto disipar ese pensamiento... Porque ha sido mi única seguridad, ha sido lo único con lo que podía contar. [...] Lo único que quería era sentirme segura, y no puedo sentirme segura en ningún otro lugar de mi vida. [...] Pero cada vez me cuesta más creer que mis hijos, ya de mayores, sobrellevarían bien mi suicidio».

Su empatía cada vez más profunda parece un indicador de mentalización y desinmersión de su mundo «simulado» en el que imagina que sus hijos, asumiendo la necesidad de alivio y olvido de su madre, «estarían mejor sin mí».

«Dime si me equivoco, pero tengo la sensación de que te pones cada vez más en su lugar. Imaginas cómo se sentirían con tu suicidio. Y cuando lo haces, es imposible sostener la creencia de que no tendría un impacto enorme y muy destructivo».

«Es verdad. Y yo también lo pienso. Pero no sé qué hacer con lo que siento. Puedo utilizar lo que he aprendido aquí para decirme que ya pasará cuando me dan los ataques de pánico. Pero es como si me faltara algo, una parte del cerebro, o cierta capacidad de pensar sobre mi experiencia, cierta introspección».

«No creo que carezcas de esa capacidad. Creo que te falta práctica. Y es difícil que tengas ganas de practicar cuando temes que te resulte abrumadora la reflexión sobre tus sentimientos».

«Pero también he tenido la experiencia de sentirme menos abrumada cuando salgo de aquí después de haber hablado de mis sentimientos».

Hacia el final de esta sesión se esclarece que la encrucijada en la que se encuentra Ellen representa la inquietante posibilidad no sólo de renunciar a la «seguridad» del suicidio, sino de elegir la vida. Y esta decisión despierta el fantasma de estar ante el volante y sacar fuerzas de flaqueza para orientarse hacia su experiencia, en lugar de eludirla.

«No quiero pensar»

Al principio de la sesión, Ellen me dice que está muy ansiosa por el viaje que está a punto de hacer para visitar a su hermana, que reside en otro estado, durante las Navidades. ¿Por qué está ansiosa? Siente que debe ser fuerte y perfecta, debe ser capaz de cuidar a su hermana. Aterrorizada por la posibilidad de no estar a la altura de esta imagen ante su hermana, Ellen parecer incapaz de cuestionar sus sentimientos e ideas: simplemente son lo que son.

Vuelvo a sentirme frustrado en este mundo de hormigón. ¿Es que no ve que aquí hay algo sobre lo que pensar? ¿Por qué soy el único responsable de ayudarle a salir de su desdicha autocreada? Creyendo erróneamente que estoy conteniendo (o tal vez deba decir «ocultando») estas reacciones desconcertantes, logro llevarla hacia una conversación en la que se pone de manifiesto que su hermana no está tan necesitada como Ellen de una persona fuerte que la apoye. Entonces, al observar que se repliega hacia sí misma, le pido que reflexione sobre su convicción de que tiene que ocuparse de su hermana.

«Siento que me estás regañando o reprendiendo», responde.

Suspiro, consciente de que tiene razón. Con el fin de reparar la disrupción, digo: «Estoy seguro de que captas algo real. Creo que a veces me impaciento, o me frustro. Tú tienes tus sentimientos, pero evidentemente yo tengo la necesidad de que hagas algo más con ellos. Así que acabas sintiendo el objetivo de esa necesidad. Pero, desde luego, lo último que quiero es que sientas que mis esfuerzos por ayudarte te hacen daño».

Entre lágrimas, dice: «No creo que quieras hacerme daño, pero no creo que entiendas verdaderamente lo que me pasa. Intento hablar abiertamente de lo que siento, pero no sirve de nada. Los sentimientos perduran».

«Claro. ¿Cómo no va a ser así? ¿Crees que estoy insinuando que hables abiertamente de lo que sientes? No es eso lo que intento decir. Lo que intento decir es que no estás muy dispuesta a aceptar que lo que sientes es la última palabra sobre el tema. Me refiero a que reflexiones sobre lo que sientes».

Entre lágrimas discrepa: «David, no quiero pensar. No quiero asumir la responsabilidad. Quiero que otro piense por mi. Quiero que sea otro quien asuma la responsabilidad. Yo asumí demasiadas responsabilidades de niña, y no quiero que siga siendo así».

En este punto experimento empatía por su evidente dolor, pero también la misma frustración que le ha llevado a sentirse reprendida unos minutos antes. Aunque sigo luchando con mis sentimientos difíciles, me percato de que debo oír y sentir la profundidad de su deseo de que se ocupen de ella, de forma que sea capaz de sopesar otras perspectivas adicionales sobre ese anhelo. Para abrir un espacio de mentalización, Ellen necesita sentir que reconozco la «realidad» de su profundo deseo insatisfecho de tener lo que merecía pero nunca ha recibido.

«No es justo que hayas tenido que asumir funciones parentales cuando eras niña. Para mí, tu deseo de que alguien asuma la responsabilidad por ti, de que alguien se ocupe de ti en los aspectos vitales que tus padres no supieron atender, o al menos no atendieron, es un deseo es totalmente comprensible y legítimo».

Ahora percibo un indicio de dejo en ella y otra protesta, aunque algo más tenue, cuando responde: «No confío en asumir la responsabilidad. No puedo. Quiero que otra persona coja el volante, se ocupe de mí y piense por mí, pero sé que nunca ocurrirá, por mucho que lo desee [...] nadie va a llegar a hacer eso. [...] Soy consciente de que soy la única, de que tengo que hacerlo yo. [...] Pero no quiero».

«De nuevo, tu deseo, tu esperanza contra la esperanza, es totalmente comprensible. Es coherente desde el punto

de vista emocional. Y evidentemente yo quiero ocuparme de ti, y creo que te sientes cuidada por mí, gran parte del tiempo. Pero me parece que lo pagas caro cuando pienso demasiado por ti, porque acabas sintiéndote menos segura, menos autosuficiente, menos a cargo de ti misma».

«No tengo confianza en que sea capaz de pensar como tú crees que puedo. No soy capaz».

Si estuviera diciendo esto hace varios años, hace meses, o tal vez hace sólo unas semanas, más estaría menos seguro que ahora de la utilidad de responder de este modo: «Supongo que recordarás que ya hemos tenido conversaciones como ésta anteriormente. Conversaciones en las que me decías que no podías. Pero luego, en la sesión siguiente o en una llamada posterior, aparecías con un sinfín de pensamientos. Y eres muy reflexiva cuando escribes en tu diario. Así que, al menos a veces, no es que no puedas reflexionar sobre tu experiencia sino que no quieres, sobre todo cuando estamos aquí juntos».

«Pero a lo mejor no hay nada sobre lo que reflexionar», dice. Y luego añade, en tono quejumbroso: «A lo mejor es que soy una persona muy simplona. No tengo mucha complejidad, como seguramente les ocurre a otros pacientes tuyos. Ya lo sabes todo de mí. No hay nada más que saber. Así que tampoco hay nada más sobre lo que pensar».

En este punto me siento frustrado, pero también estoy comprometido con el caso, mentalizando, y deseo implicar a Ellen en su propio proceso de mentalización. Digo: «En realidad creo que hay muchas cosas sobre las que reflexionar. Sigues luchando por dirimir si tienes que seguir esperando a que otra persona se haga cargo de ti o si debes empezar, con mi ayuda, a sacar el máximo provecho de ti misma. ¿No es ésta otra faceta de la encrucijada en que te encuentras? Si no vas a suicidarte, entonces ¿qué vas a hacer con tu vida?».

Poco después, la sesión concluye con algo que parece una nota de incertidumbre. Al final me quedo desconcertado y un tanto decepcionado, al percatarme de que, una vez más, me he esforzado a toda costa en convencer. Parece un paso atrás.

Después, la mañana anterior a la siguiente sesión, escribo la siguiente nota acerca de mí, cuyo telón de fondo es cierta reflexión –mentalización– sobre mi propia historia:

Qué tela tan enmarañada tejemos. Para salir del atolladero necesito que Ellen mejore, y ella necesita acentuar su impotencia para que yo me sienta impotente, de forma que ella pueda salir del atolladero. Al mismo tiempo, está esperando a que yo solucione sus problemas, lo cual activa mi tendencia a sentirme totalmente responsable. Y luego me enfado porque ella no me permite que la ayude. Lo crucial es que aquí hay una enacción y mi papel problemático quedará diluido si logro mostrarme más atento y menos impulsado por mi necesidad de que Ellen mejore. Será útil que me marque objetivos más modestos y permita que las cosas sean como son. Lo cual significa dejar que Ellen tenga los sentimientos que tenga al tiempo que comunico mi capacidad de afrontar (y, en consecuencia, mi confianza en su capacidad de afrontar) su experiencia, cualquiera que sea. No engancharme tanto en sus cosas y no engancharla tanto en las mías.

«Un tipo de tristeza diferente»

Inicio la última de las cuatro sesiones resumiendo lo que semeja una comprensión más profunda de mi participación en la enacción cocreada. Me siento menos inmerso en mi experiencia y más liberado de la compulsión inconsciente de repetir con Ellen ciertos aspectos de mi vínculo con mi madre. En este estado mental más espacioso y flexible, me resulta más sencillo estar presente con aceptación, estar atento, en lugar de sentirme atenazado por la necesidad de que ocurra algo o de cambiarla.

Cuando abro los ojos después de meditar, y veo que ella los tiene húmedos, le pregunto qué siente. Casi en un susurro, responde: «Me siento triste… y me siento ansiosa. […]» Se mueve en el diván, lo que me produce la impresión de que intenta escapar de sí misma. Luego agita levemente la cabeza como si negara lo que siente.

«¿Puedes permanecer un rato con esos sentimientos?».

«Lo he pasado tan mal estos últimos días que me parece que no puedo permanecer con ellos».

«Pero cuando perduran, ¿tienes idea de por qué estás triste? ¿O por qué te pones ansiosa?».

«Sé que me da miedo el viaje a casa de mi hermana, que es el lugar donde está enterrada mi madre... Siempre me producen cierta inquietud los viajes, no me gusta viajar, sobre todo cuando viajo sola. [...]»

«Supongo que parte del contexto por el que te sientes asustada es que no vamos a vernos durante un tiempo».

«Sí». Entonces, mirándome directamente a los ojos, dice con voz firme y tenue: «Dependo tanto de ti...». Al cabo de una pausa, añade: «He estado pensando que son sólo tres sesiones... pero me parece mucho tiempo. Sé que puedo llamar si lo necesito... pero aún así [...]»

Me siento tranquilo, observando en silencio su presencia sin experimentar la presión interna habitual de responder enseguida. Al permanecer con ella, presto también atención a mi respiración y a mi cuerpo. Tengo la sensación nada infrecuente de que la «estoy conociendo» a través de mi vientre. Me invade la «sensación visceral» de que, a medida que renuncio a la iniciativa, ella la va asumiendo.

«El sentimiento triste [...] es como el pasado». Hace una larga pausa, como si escuchara sus propias palabras y se permitiera reconocer su significación. Luego continúa: «El viaje a casa de mi hermana me retrotrae a todo aquello [...] a todos mis sentimientos sobre cómo eran las cosas, sentimientos sobre mis padres [...] Y sobre el hecho de que nunca jamás me protegieron [...]». Llora con intensidad y luego, casi susurrando, dice: «Quiero que alguien me proteja».

«Mmm... Sí. Claro». Mientras habla, yo visualizo con el ojo mental el pasado que me ha descrito: imágenes del trauma y el abandono que anteriormente ha relatado como en un estado disociado, o como si viera imágenes de sí misma que la ofuscarían si permaneciera con ellas mucho tiempo. Durante su relato emito sonidos empáticos. También asiento con la cabeza en solidaridad con su tristeza y, posteriormente, hago un gesto negativo, como si compartiera su indignación. Después, de forma bastante repentina, me percato de que Ellen siente sus sentimientos, en lugar de eludirlos o de dejarse abrumar por ellos. Lo más asombroso es que no dice que está deprimida, como otras veces, sino que se siente triste.

Entre lágrimas, con la cabeza gacha, dice: «Iré a la tumba de mi madre y todos esperarán que sufra, pero lo único que me apetecerá es escupir en su tumba y decirle: "Jódete" [...]». Entre sollozos dice en un tono suplicante: «Ojalá hubiera podido reconciliarme con ellos antes de su muerte. [...]»

«Da la impresión de que intentas hacerlo ahora».

Entre lágrimas me mira como si pudiera leerme en la cara si lo que digo sobre ella es cierto. Luego se tapa la cara con las manos para llorar más fuerte.

Cuando se calma, le pregunto si lo que siente ahora es la misma tristeza de siempre, o si es algo nuevo.

«Me parece un tipo de tristeza diferente». Al cabo de un largo silencio, continúa: «También estoy asustada. [...] Creo que mi hermana me va a pedir dinero. Ahora realmente no puedo ayudarle. [...] Pero no puedo dejar de ayudarle». Exploramos su miedo y su tendencia compulsiva a ocuparse los demás. Ellen me dice que su hermano respondería a su hermana de un modo muy diferente al suyo: «Diría: "¡Deja que ella vea si es capaz de cuidarse sola!" Pero yo no puedo hacer eso. [...] No soy capaz».

«Dios, es tan omnipresente esta cuestión... ¿Puedes permitir que tu hermana asuma una mayor responsabilidad? ¿Puedes permitirte asumir una mayor responsabilidad? Parece que los dos estamos lidiando con esta cuestión. Creo que los dos nos hemos criado en familias donde se esperaba que nos ocupáramos de los sentimientos de los demás. Y si no lo hacíamos, lo pagábamos muy caro».

En este punto me cuenta el sueño que tuvo la noche anterior: Se encuentra en un lugar público y está a punto de suicidarse con una bomba. Allí hay un médico que le habla de tal modo que le hace cambiar de opinión. Después, para su consternación, el médico la deja allí con la bomba, en lugar de llevársela o de trasladar a Ellen a un lugar donde alguien pueda ocuparse de ella. Al marcharse, tiene que evitar por sí sola que la bomba estalle, porque si estalla, morirán otras personas con ella.

Al comentar este sueño, sugiero que aborda exactamente el tema del que acabamos de hablar. En primer lugar, el sueño expresa su miedo de que, si ella no se ocupa de todo el mundo, entonces no sólo estará sola sino que ocurrirá una violenta catástrofe. «Es lo que ocurrió en mi familia», comenta. Posteriormente añado que el sueño comunica también su preocupación por la posibilidad de que yo, al esperar más de ella, acabé dejándola sola. Reconoce que tiene esta preocupación, a lo cual respondo con algo que resulta ser un esfuerzo excesivamente largo de clarificación tranquilizadora.

Y luego, cuando tomo conciencia de que he hablado demasiado, y de que estoy dejándole poco espacio, digo: «Tengo cada vez más claro que, aunque sé que te he sido útil en algunos aspectos, también te he entorpecido en

otros. Es como si mi compulsión de ocuparme del ti me hubiera llevado a desarrollar aquí gran parte del pensamiento, hasta tal punto que te he impedido tirar del arado para compartir conmigo el trabajo. Cuesta mucho dejar atrás el pasado... a los dos nos cuesta, obviamente. [...] En mi caso, el hecho de que tuviera que ocuparme de mi madre para no pagarlo caro. [...] Y en el tuyo, creo, algo similar, o peor. [...]» Al cabo de un silencio, al ver una expresión impenetrable en su cara, digo: «Me pregunto qué sientes ahora que te he contado parte de mi experiencia infantil».

«Me tranquiliza. Es como si pudieras comprenderme muy bien por lo que te ha ocurrido a ti. Me hace sentir menos loca y más segura».

Incluso en este momento, tomo conciencia de lo mucho que me cuesta cederle las riendas. «Pienso en esta conversación y en lo profundos que son estos patrones antiguos. Sigo haciendo lo mismo». Con una sonrisa, añado: «Parece que no me puedo estar callado. Me cuesta mucho parar».

Y también con una sonrisa, dice Ellen: «Ya mí me cuesta empezar».

«¿Y eso qué significa?».

«Que me cuesta empezar a asumir la responsabilidad de mi propia vida. Es algo automático asumir la responsabilidad de los demás. [...]» Suspira.

«¿Qué tal estás ahora?».

«Me siento mejor».

«Umm. ¿Sabes cómo ha ocurrido eso?».

«Hablando y llorando». Con la cara un poco llorosa, me cuenta lo mucho que le cuesta llorar. Está acostumbrada a apartarse de estos sentimientos. También le asusta mirar atrás y entristecerse hasta tal punto, por todos los aspectos en que su vida podría haber sido diferente, que vuelva a caer en la depresión. Asocia el llanto con la depresión, afirma, y le aterra volver a deprimirse.

«Creo que tu llanto ahora es tristeza, no depresión. La depresión no es un sentimiento. Cuando te permites sentirte triste puede ser un modo de no volver a caer en la depresión». Cuando objeta que al mirar atrás siempre acaba culpándose de todo, sugiero que culparse puede ser otro modo de no llorar la pérdida de lo que merecía y nunca tuvo en la infancia.

Al final de la sesión, me dice que tiene sentimientos muy contradictorios sobre la renuncia a la depresión y al recurso del suicidio. «Es lo que he hecho... Es un modo de vida para mí. [...] Y me asusta la intensidad de la tristeza y la ira que sentiría si me dejara...».

«Sí, lo sé. Pero ahora te permites empezar a sentir esos sentimientos».

Las enacciones y la doble hélice

El cambio terapéutico es misterioso. Sin embargo, las secuencias de las sesiones como las que acabo de resumir suelen reforzar mi percepción de que el cambio en el paciente depende del cambio en el terapeuta y, en muchos casos, es posterior a él (Slavin y Kriegman, 1998). Desde un enfoque retrospectivo, parece claro que Ellen y yo estábamos encerrados en una enacción a la que mi psicología probablemente contribuyó tanto como la suya.

Al principio del vínculo, era como si Ellen me necesitase para que la salvara de un ahogamiento, pues le abrumaba la intensidad de sus emociones y las apabullantes circunstancias externas de su vida, tal como ella misma reconocía. En una fase posterior de la terapia, como su necesidad de salvación encajaba con ni necesidad de salvar, tardé en ver que su profunda dificultad inicial para «sentir y abordar los sentimientos» (Fosha, 2000) obedecía ahora a una profunda renuencia.

Gracias a la mentalización y atención plena paulatinamente pude reconocer mi papel en la enacción y cambiar mi conducta en consecuencia. La imagen de la doble hélice viene al caso, porque las posturas reflexiva y atenta interactúan para impulsar la desinmersión del terapeuta, requisito previo de la del paciente.

La mentalización condujo a la imagen inicial en la que yo guiaba a Ellen hacia un nuevo mundo, y a la segunda, en la que Ellen aparecía sentada en el coche, pero esperando a que alguien cogiera el volante. Al traducir estas imágenes en palabras tuve ocasión de comprender, paulatinamente, el tipo de escenario que enactuábamos juntos: una amalgama distinta y personal para cada uno de nosotros, nuestras propias versiones de la estrategia controladora-cuidadora de Main's (1995), así como la esperanza inquebrantable y la renuencia al lamento de Stark (2000), que se han identificado como los núcleos principales en el tratamiento de los pacientes preocupados (Eagle, 1999; Blatt y Blass, 1996).

La adopción deliberada de una postura atenta –centrada no sólo mi paciente sino en mi cuerpo que respira– me liberó de la compulsión de ayudar, en parte gracias a que posibilitó la aceptación del presente *statu quo*, en lugar de la resistencia contra el mismo y la necesidad de cambiarlo. Con la ventaja de tal aceptación, creo que fui cada vez más capaz de ofrecer a Ellen la experiencia de una figura de apego tranquila, en vez de la que intervenía con ansiedad. Tras este cambio en el contexto relacional, y de forma que no me parece casual, se produjo un notable incremento en su capacidad de sentir y de reflexionar sobre sus sentimientos, es decir, de mentalizar.

En la psicoterapia, la mentalización y la atención plena tienen el potencial de contribuir al tipo de diálogo de desarrollo que, según se ha demostrado, impulsa el apego seguro (Lyons-Ruth, 1999). En particular, como se trata de dos formas distintas y complementarias de «conocimiento», ambas pueden potenciar la inclusividad del diálogo y mejorarlo con el fin de alcanzar nuevos niveles de consciencia. Es importante tener en cuenta los aspectos en que la mentalización y la atención plena pueden contribuir a la regulación del afecto, la agencia y la integración.

La regulación del afecto y la doble hélice

Bucci (2003) emplea el término «esquemas emocionales» en lugar de «modelos funcionales» para recalcar que las representaciones internas están amalgamadas con los afectos. De hecho, podemos regular con eficacia –es decir, reconocer, tolerar y modular– nuestros propios afectos con el fin de salir de la inmersión en los esquemas emocionales que enactuamos con los pacientes. De este modo, somos más capaces de servir de base segura para el paciente, de generar un vínculo en el que puedan regularse con eficacia sus efectos difíciles.

La mentalización refuerza la regulación del afecto. Cuanto más logré reconocer, nombrar y comprender mi deseo ansioso de cuidar a Ellen, más fui capaz de contenerlo. Cuanto más pude reconocer, nombrar y comprender los deseos de Ellen de ser cuidada y de cuidar a los demás, más capaz fue ella de hacer lo mismo. Y al trabajar con estos deseos ansiosos dimos cabida a los sentimientos «más profundos» que subyacen a aquéllos: la ira y, sobre todo, la tristeza. Al reflexionar en voz alta con Ellen sobre los fundamentos de mi conducta con ella, modelamos una postura reflexiva ante la experiencia, así como mi mentalización implícita y explícita en relación con su conducta. Estoy seguro de que este último aspecto le ayudó a sentirse sentida, comprendida y cuidada. A mi modo de ver, también propició que Ellen empezara a considerar sus sentimientos inquietantes como estados mentales susceptibles de comprensión, en lugar de hechos que requieren acción. Como tales, estos sentimientos podían soportarse mejor.

La atención plena también nos permite sobrellevar mejor los sentimientos, porque la

esencia de la postura atenta es una consciencia abierta y compasiva de la experiencia *tal como es*, incluida la experiencia dolorosa. Por lo tanto, conlleva la práctica del «acercamiento a» los sentimientos y pensamientos difíciles, tanto en los pacientes como en nosotros mismos, con una actitud de «aceptación radical» (Brach, 2003; Linehan, 1993). La aceptación radical es pragmática, porque gran parte del sufrimiento surge del esfuerzo por evitar el dolor. En palabras de un paciente, «*dolor x resistencia = sufrimiento*» (Siegel, 2005, p. 182). Así pues, «ablandarse» o «respirar» en la experiencia dolorosa, en lugar de intentar evitarla o cambiarla, puede atenuar el sufrimiento. Pero conviene señalar que rendirse a la experiencia inquietante es totalmente distinto de refrendarla o aferrarse a ella. La aceptación también es «transigencia». La paradoja es que la aceptación radical de las experiencias que instintivamente tendemos a rechazar crea un contexto que posibilita la transigencia ante tales experiencias. Además, la consciencia plena de los sentimientos dolorosos es un modo de familiarizarse con su naturaleza transitoria. La creciente constatación de que estos sentimientos surgen y se disipan disminuye su capacidad intimidatoria. Por último, como ya he señalado, atender a la respiración puede fomentar la tranquilidad, sobre todo cuando dicha atención se asocia con un estado anímico al que nos hemos habituado a través de la práctica meditativa. En parte éste fue el razonamiento con el que animé a Ellen a meditar, dentro y fuera de mi consulta.

Mediante la adopción deliberada de una postura atenta en mi relación con ella, en lugar de actuar impulsado por mi propia ansiedad logré coexistir con ella en una calma relativa. En este contexto anímico, fui capaz de observar mis sentimientos con aceptación e interés. Al abarcarlos de este modo aporté a Ellen un contenedor más amplio para su propia experiencia emocional. Prestando atención a sus emociones difíciles en el aquí y el ahora, creamos espacios para ellas. Paralelamente, al ayudarle a contener estas emociones «pisando el freno» en diversos sentidos, contribuí a que se sintiera menos amenazada por ellas.

La agencia y la doble hélice

La agencia personal es prima de la voluntad, la elección, la libertad y la responsabilidad. Los agentes hacen que sucedan cosas. En la psicoterapia, podemos facilitar el desarrollo de diversos tipos de agencia. El terapeuta mentalizador impulsa en el paciente el sentido de que es un agente *mental*, es decir, alguien que reconoce que su propia experiencia y la de los demás son susceptibles de interpretación, que la experiencia subjetiva no es algo que «ocurra sin más», sino algo que puede modelarse y remodelarse a través de la comprensión que le aportamos. Paralelamente, el terapeuta atento fomenta en el paciente el sentido de que es un agente *atencional*, es decir, alguien capaz de elegir su foco de atención y, por lo tanto, de influir sobre su propia experiencia.

Tanto en la mentalización como en la postura atenta (pero no inmersa), podemos escoger los usos de nuestra consciencia. En las sesiones que he resumido aquí, Ellen mostró una capacidad creciente de ejercer la agencia desplegando su consciencia. Me dijo que estaba empezando a aunar cosas que hasta entonces le parecían aisladas; dicho de otro modo, optaba por reflexionar sobre su experiencia, en lugar tomarla al pie de la letra. También me dijo que optaba deliberadamente por orientar la atención hacia sus sentimientos, en lugar de distraerse de ellos. Y aunque estos sentimientos llegaran a ser abrumadores, aprendió que podía alejarse de ellos, centrándose en la respiración o en el lugar seguro de su imaginación. De este modo,

ejercía la agencia mental y atencional.

Ellen empezaba a descubrir que podía mentalizar y/o estar atenta. Ambos procesos representaban un cambio con respecto a su postura inmersa habitual, en la que la elección y la intención desempeñaban un papel muy poco relevante. Como agente, podía sentirse menos impotente, aunque no sin un riesgo considerable. Para Ellen, tal como llegamos a comprender juntos, ponerse al volante suponía asumir los desafíos del duelo por su infancia perdida y la renuncia a la familiaridad segura de su crisálida depresiva.

La integración y la doble hélice

Los terapeutas ejercemos la agencia cuando optamos conscientemente por adoptar una postura mentalizadora o atenta en lo que respecta a nuestra experiencia con el paciente. Tales elecciones conscientes son de especial importancia cuando observamos que estamos inmersos en un estado anímico elusivo o ansioso y preocupado. Por ejemplo, cuando intervenía de forma compulsiva con Ellen para evitar mi propia ansiedad, para mí era muy importante ser capaz de reflexionar sobre la interacción, o bien, alternativamente, estar con mi experiencia de un modo atento en lugar de actuar con impulsividad. Mientras permanecemos inmersos en las enacciones con los pacientes, no favorecemos la accesibilidad y la integración de los sentimientos disociados o las capacidades atrofiadas, como la pena de Ellen o su experiencia de la agencia.

La atención plena y la mentalización deliberada del terapeuta y el paciente son facetas complementarias de un mismo proceso integrador. No obstante, suele ser la atención plena del terapeuta la que pone en marcha este proceso. La adopción de una postura atenta y el «aterrizaje» en el momento presente nos permiten «conocer» (percibir, sentir o intuir) los elementos más esenciales de nuestra interacción con el paciente. Este tipo de conocimiento combina la consciencia y la aceptación. A través de una suerte de receptividad holística, integrada, corporizada, se introduce bajo las palabras del corazón emocional y así nos permite acceder a las dimensiones de la experiencia que ni el paciente ni el terapeuta han sido capaces de expresar. Una vez que se accede a esta experiencia implícita o disociada, es posible explicitarla o explorarla, es decir, mentalizarla. Las secuencias de la aprehensión atenta y la comprensión reflexiva son factores instrumentales para continuar con el proceso de integración.

Por ejemplo, en una sesión reciente con un paciente nuevo, un infeliz magnate industrial, tomé conciencia de que me sentía muy distante, aunque no lograba entender por qué; dicho de otro modo, aquí mi mentalización entró en un callejón sin salida. Cuando opté deliberadamente por cultivar una postura atenta en aquel momento, fue capaz de estar presente de un modo que me parecía imposible unos minutos antes. Casi de inmediato conecté con mi propia experiencia de sentirme controlado e intimidado por el paciente, así como lo que parecía la experiencia de profunda y duradera vulnerabilidad en el paciente. Al verbalizar todo esto, inicié un proceso compartido de mentalización que permitió que el paciente reconociera el miedo y el daño de una existencia vivida con lo que describió como un genio Irascible. También se percató de que no tenía progenitores a quienes recurrir cuando estaba asustado o triste. Por necesidad aprendió a cuidarse por su cuenta con los recursos que tenía a su alcance, incluida la ira que utilizaba para intimidar a los demás y para mantener a raya su propia

vulnerabilidad.

El tipo de receptividad de «banda ancha» que surge con la atención plena puede ser un precursor esencial de la mentalización deliberada. Tal receptividad puede crear espacio para el «presente disociado», los sentimientos y las sensaciones corporales que los pacientes y sus terapeutas descuidan involuntariamente. Se puede acceder a la experiencia del aquí y el ahora antes de que se mentalice explícitamente, y la postura atenta del terapeuta es apropiada para impulsar ese acceso.

La atención plena disminuye el pensamiento discursivo sobre el pasado y el futuro. El foco de la consciencia en una postura atenta puede resumirse de este modo: «no ideas sobre la cosa, sino la cosa en sí» (Stevens, 1954/1990, p. 534). Este tipo de consciencia abre canales de comunicación y percepción interpersonal, somática y emocional que subyacen a (y a veces se ven obstaculizados por) los esfuerzos del terapeuta por comprender la experiencia reflexionando sobre ella. Además, la atención plena viene definida por el tipo de aceptación que puede impulsar. Este tipo de aceptación en el terapeuta –tanto autoaceptación como aceptación del paciente– contribuye al surgimiento y la consciencia de la experiencia hasta entonces implícita o disociada.

A los terapeutas la atención plena al momento presente nos permite enfocar mejor dicha experiencia. La mentalización nos presenta múltiples perspectivas acerca de esa experiencia, otorgándole un contexto profundo que permite captar de forma más efectiva su(s) significado(s). Este contexto puede relacionar la experiencia del aquí y el ahora con el pasado y el futuro. Puede situar el momento presente en relación con la historia del vínculo terapéutico y con la vida al margen de dicho vínculo. O puede relacionar lo que ahora destaca en primer plano con aquellas facetas de su psicología que el paciente por ahora desconoce. En suma, nuestra mentalización –junto con la del paciente– puede propiciar que la experiencia vivida del paciente con el terapeuta se integre poco a poco en un relato nuevo, más adaptativo y coherente. En un plano explícito, dicho relato explica la experiencia del paciente. También entraña la integración de los sentimientos, pensamientos y deseos disociados, integración que se produce de forma en gran medida implícita, a través del vínculo de apego inclusivo y sintónico que el terapeuta aporta al paciente, si todo sale como cabe esperar.

Impulso de la atención plena

*[...] and all is always Now.**

T.S. Eliot (1943/1991b)

La psicoterapia es una relación íntima que aporta, entre otras cosas, el contexto de un ejercicio compartido de atención plena en el que (en un primer momento) el terapeuta y (con posterioridad también) el paciente intentan estar plenamente presentes y conscientes, con aceptación. Esta concepción de la terapia como una especie de meditación bipersonal pone de relieve la conveniencia de atender a lo que ocurre en el momento presente, no a nuestras ideas acerca de la experiencia que surge en la interacción terapéutica sino a la experiencia en sí. En una postura atenta, dicha atención puede desencadenar una consciencia liberadora de la distinción entre lo que *nos ocurre* y lo que *ocurre en nosotros*. La psicología budista sostiene que la práctica de la «atención desnuda» –observar a cada instante nuestra experiencia y nuestras reacciones ante la experiencia– es en sí curativa (Epstein, 1995). Existen diversos

métodos para cultivar dicho proceso curativo en nuestros pacientes y en nosotros mismos.

El terapeuta atento

El terapeuta que practica la meditación formal ejercita el músculo que posibilita la atención plena, no sólo cuando está sentado en silencio sino también cuando interactúa con los demás, incluido el paciente. Dicha práctica nos despierta la *consciencia de la consciencia* y nos permite captar lo que significa estar de verdad presentes. También refuerza nuestra capacidad de adoptar una postura peculiar ante la experiencia, caracterizada en términos similares por el maestro zen Suzuki como la *mente de principiante* y por Freud como la *atención neutra flotante*:

> Si tu mente está vacía, siempre está preparada para cualquier cosa; está abierta a todo. En la mente del principiante existen múltiples posibilidades; en la mente del experto hay pocas (Suzuki, 1970, p. 21).

> La técnica [...] consiste en no hacer esfuerzos para concentrar la atención en nada en particular, y en mantener con respecto a todo lo que uno oye el mismo grado de interés tranquilo y sosegado, de «atención neutra flotante». [...] Porque, en cuanto se concentra deliberadamente la atención en cierta medida, se empieza a seleccionar parte del material. [...] Esto es lo que no se debe hacer; si las expectativas se basan en esta selección existe el peligro de no encontrar nada salvo lo que ya se conoce, y si se siguen las propias inclinaciones todo aquello que se perciba estará de algún modo falseado (Freud, 1912/1924a, p. 324).

Prestar una atención flexible, relativamente imparcial, a todo aquello que sea susceptible de observación no sólo reduce la tendencia a dejarnos influir por los prejuicios sino también la proclividad a imponer nuestras expectativas a los pacientes. Bion (1967/1981) describe este tipo de atención en términos sumamente sorprendentes cuando apunta:

> El psicoanalista debe alcanzar un estado anímico que en cada sesión le permita sentir que nunca ha visto al paciente. Si siente que ya lo conoce, no está tratando al paciente adecuado (p. 259).

Cuando observamos que la atención neutra flotante, centrada en el presente, se ve obstaculizada por sentimientos fuertes o por un pensamiento rígido, podemos mentalizar (explicar lo que ha ocurrido) o recurrir al aquí y el ahora como hacemos en la meditación, es decir, reconociendo lo que ha ocurrido, para luego orientar la atención hacia la respiración, o hacia cualquier otra experiencia sensorial que nos permita centrar de nuevo la atención en la consciencia. Subjetivamente, este proceso puede percibirse como un «despertar» del trance de actuar como con piloto automático. A este respecto, la psicoanalista Marion Milner (1960/1987) sugiere que los terapeutas deberían adoptar un enfoque introspectivo ante su propia experiencia corporal.[1]

También es posible rehabitar el momento presente en la psicoterapia interrumpiendo (o ralentizando) la acción. En lugar de ensimismarnos en el esfuerzo de impulsar la terapia o al paciente del punto A al punto B, podemos observar con atención y curiosidad los detalles de lo que sucede aquí y ahora. Prestar atención a la experiencia del momento, cejando en el intento de «propiciar que suceda algo» o de «facilitar el cambio», nos permite *ser* en lugar de *hacer* (véase Germer, 2005). También nos ayuda a localizar la consciencia consciente, ese «punto estático» interior que puede servir de base segura. Prestar atención deliberadamente a una sola cosa cada vez –la «aptitud de atención plena esencial» en la terapia dialéctico-conductual– puede tener el mismo impacto (Linehan, 1993). Al adoptar una postura más atenta, centrada en

el presente, orientamos al paciente para que esté más presente o más consciente de sus dificultades para alcanzar ese estadio.

Por último, es posible acceder al momento presente de forma más plena imaginando, mientras estamos con el paciente, que a los dos nos quedan *sólo 50 minutos de vida* (o los que falten para el final de la sesión). Este truco mental me afianza en el aquí y el ahora de un modo que reorienta mi experiencia del encuentro terapéutico en una dirección notablemente atenta. Si he estado preocupado o distante, con una actitud demasiado emotiva o intelectual, este experimento cognitivo me devuelve a la atención plena.

El paciente atento

Lo que es válido para cultivar la atención plena en el terapeuta también es aplicable al paciente: la meditación (dentro o fuera de la consulta), la atención a la experiencia corporal, el cese de la acción, la concentración en una sola cosa cada vez, e incluso la imaginación de que quedan pocos minutos de vida. Implícitamente, como he señalado, podemos impulsar una postura atenta mediante el carácter atento de nuestra presencia en relación con el paciente. Explícitamente, podemos inculcar una postura atenta a través de diversos «movimientos meditativos» (Aronow, citado en Germer et al., 2005). Teniendo en cuenta que la atención plena consiste en tres elementos –*consciencia* de la *experiencia presente* con *aceptación*–, podemos centrar nuestras intervenciones en uno o más de estos elementos en cada instante.

En primer lugar, hay intervenciones que atraen la atención del paciente hacia la experiencia del aquí y el ahora: ¿Qué sientes o percibes en tu cuerpo en este momento? ¿Qué quieres para ti ahora mismo? ¿Qué esperas de mí ahora mismo? O bien, *Soy consciente de que tienes una sonrisa en la cara en este momento, mientras me hablas de algo que sospecho que no te resulta nada divertido*. Tanto si es una pregunta como si se trata de una observación, el objetivo aquí consiste en ayudar al paciente a que tome conciencia de lo que sucede en el momento presente.

En segundo lugar, podemos intervenir con el objetivo de cultivar la aceptación de la experiencia presente en el paciente. Con frecuencia, los pacientes (al igual que todos nosotros, en ocasiones) son reacios a sentir plenamente lo que sienten. Se agarrotan de forma autoprotectora para evitar el dolor, o se distancian, o se aferran a una sola emoción (por ejemplo, la ira), con el fin de alejarse de otra más amenazadora (por ejemplo, la vergüenza o la pena). A menudo no son conscientes de esta renuencia (totalmente comprensible) a aceptar su experiencia tal como es. Tomar consciencia de esta repulsa a menudo inconsciente a la experiencia es un requisito para «suavizarla». Una vez que se reconoce, podemos sugerir al paciente que intente conocer la resistencia, con el fin de captar de qué está hecha: ¿Qué sientes o percibes de forma consciente en este momento? ¿Eres consciente de lo que te da miedo sentir? Después puede ser útil preguntar al paciente si estaría dispuesto a «avanzar hacia» o «relajarse en» la experiencia que intenta eludir. A este respecto, Germer (2005) propone una forma de «entrevista motivacional» destinada a establecer un contexto en el que puede cultivarse de forma colaborativa la capacidad del paciente de aceptar su experiencia:

> ¿El paciente está dispuesto a dejar de sentirse más tranquilo, tal vez incluso para sentirse *peor* en un primer momento, mientras explora de forma más íntima su experiencia, con el fin de sentirse mejor al final? ¿El paciente es capaz de comprender que su arraigada costumbre de tensarse para reducir la incomodidad es el origen de su

problema? ¿Está dispuesto a explorar si los sentimientos pasan más rápidamente cuando se les permite ser tal como son? (p. 114).

En la misma línea, he intentado comunicar a los pacientes la paradoja de que el rechazo de la experiencia dolorosa la arraiga, mientras que la adopción de dicha experiencia tiene la capacidad de transformarla. La verbalización de esta idea puede aportar a los pacientes un marco el útil para comprender el poder curativo de la aceptación de su experiencia tal como es.

Además, podemos ayudar a los pacientes a que comprendan la distinción entre los acontecimientos (internos o externos) que experimentan y sus reacciones ante dichos acontecimientos: ¿Te has fijado en que sólo cuando te sientes triste concibes como un rechazo el hecho de que tu mujer trabaje hasta tarde? ¿Has observado que lo ves de un modo muy distinto cuando tienes otro estado de ánimo?

Por último, podemos intervenir a la luz de las observaciones experimentales a las que accedemos mediante la atención plena, en particular, el hecho de que los pensamientos y sentimientos son acontecimientos mentales fluidos y cambiantes, no «realidades» inmutables de hormigón: ¿Eres capaz de permanecer con lo que sientes ahora mismo? ¿Qué notas? ¿Eres consciente de algún cambio en lo que sientes? La experiencia subjetiva que se observa de forma no sentenciosa (cosa bastante difícil) suele cambiar: la experiencia inquietante suelen resultar menos inquietante y la experiencia placentera, menos placentera (Segal et al., 2002).

Fomento de la mentalización

Gran parte del sufrimiento de los pacientes conlleva la incapacidad de desarrollar una postura mentalizadora ante la experiencia. La depresión y el trauma irresoluto, así como los trastornos de la personalidad en general, pueden concebirse como ejemplos de «*la mente que percibe y representa erróneamente el estatus de sus propios contenidos y funciones*» (Allen y Fonagy, 2002, p. 28). Los pacientes deprimidos, por ejemplo, experimentan su desesperanza e inseguridad no como estados mentales interpretables sino como reflejos exactos de la realidad. En contraste con la equiparación depresiva de los mundos interno y externo, en los pacientes con defensas disociativas o narcisistas observamos la disociación de ambos mundos. Entre estos dos modos no mentalizadores oscilan los pacientes con trastorno límite de la personalidad, a quienes les aterra la introspección en su propia mente o la observación de las mentes ajenas. Para ayudar a estos pacientes, tenemos que despertar o restaurar su capacidad de mentalización.

En este punto, un factor clave es nuestra propia competencia mentalizadora. Cuando podemos generar múltiples perspectivas sobre la experiencia, en lugar de estar inmersos en una sola, cuando logramos relacionar las realidades interna y externa en lugar de equipararlas o disociarlas, y cuando somos capaces de entendernos mutuamente y a nosotros mismos en función de los estados mentales subyacentes, entonces podemos ayudar a los pacientes a que hagan lo mismo.

Enseñar a «leer la mente» a través de la lectura de la mente del paciente

Para leer la mente del paciente debemos identificarnos con su experiencia interna y reflejarla con palabras o con lenguaje corporal. De este modo, permitimos que el paciente vea un reflejo de su mente en la nuestra. La mentalización *implícita*, es decir, nuestra receptividad en gran medida no verbal ante las señales esencialmente no verbales del paciente, desempeña un papel fundamental en este proceso intersubjetivo. Una postura atenta puede intensificar este tipo de receptividad automática e intuitiva. La mentalización *explícita* recurre al lenguaje para recalcar o explicar ciertas facetas de la experiencia implícita que parecen enigmáticas, contradictorias y/o inquietantes. Dicha mentalización «explica lo implícito» (Allen y Fonagy, 2002; Boston Change Process Study Group, 2002).

Sin embargo, una lectura de la mente demasiado explícita por parte del terapeuta puede socavar en el paciente el desarrollo de la capacidad de leer su propia mente y las mentes de los demás. Fonagy advierte el peligro de la «postura experta» en la que el terapeuta le dice al paciente lo que pasa («Creo que ahora te sientes enfadado»). Recomienda que se adopte mejor una «postura inquisitiva» de «no conocimiento», en la que el terapeuta esclarece la experiencia del paciente formulándole preguntas, observando aspectos de la interacción en el aquí y el ahora, repitiendo hechos y cosas similares («Tal como te comportas ahora, me sorprende que el único modo de explicar esto es que te sientas enfadado. ¿Es posible?»). Con respecto a la interpretación, sugiere que «lo importante no es el destino sino el viaje»: En lugar de iluminar al paciente con nuestro análisis, el objetivo principal de nuestra interpretación es fomentar el proceso interpretativo en el paciente (Fonagy, comunicación personal, 2006).

> Por ejemplo, cuando Ellen llegó varias veces tarde a las sesiones, me enfadé cada vez más. En una ocasión, en lugar de aceptar sin más este enfado (o su retraso) en su sentido literal, fui capaz de interpretarlo de modo que le despertó la curiosidad. Al reconocer que me molestaba su retraso, muy a mi pesar, pregunté en voz alta si se sentía más segura buscando el enfrentamiento y creando distancia, en lugar de sentirse próxima a mí y arriesgarse a mi rechazo. Me miró pensativa unos instantes y luego dijo que ese día, al entrar en la consulta, tenía ganas de enfrentarse, y no sabía muy bien por qué. «Lo único que sé es que *detesto* depender de ti. [...] A lo mejor si consigo que te enfades, y me pongo furiosa contigo, desaparecerá toda esa historia de que necesito que te ocupes de mí». En un momento posterior de la terapia, Ellen empezó a observar su impulso de buscar el enfrentamiento. Al parecer, le costaba dejar de actuar de manera impulsiva, pero al reconocerlo ante mí los dos intentamos entenderlo juntos.

La mentalización del paciente y las intervenciones del terapeuta

Intentar intervenir de modos que satisfagan las necesidades de nuestros pacientes a menudo significa esperar de ellos algo más de lo que ellos se creen capaces de dar. Así pues, en un determinado momento de la sesión, nuestros esfuerzos por suscitar (o resucitar) su potencial de mentalización se potenciarán hasta tal punto que logremos valorar con precisión su capacidad de mentalización actual (que fluctúa) y el modo de la experiencia predominante (equivalencia psíquica, simulación o mentalización) en el que parecen inmersos en este momento.

Evaluar al vuelo la capacidad de mentalización del paciente no es tarea fácil. Como vimos en el capítulo 4, la Escala de Funcionamiento Reflexivo desarrollada por Fonagy et al. (1998) puede ser útil a este respecto, así como la observación de Main (1991) de que la capacidad metacognitiva se manifiesta en la consciencia de que la apariencia y la realidad pueden diverger, de que las personas pueden tener distintas perspectivas de la misma realidad y de que dichas perspectivas pueden cambiar a lo largo del tiempo. A menudo tenemos sólo una leve impresión o percepción intuitiva sobre la capacidad del paciente de aprovechar nuestras

palabras cuando trascienden lo que el paciente piensa o siente en un momento dado. ¿Será útil ofrecer una perspectiva adicional sobre la experiencia subjetiva del paciente? Como la respuesta a esta pregunta es variable según el momento, suelo replantear mis opiniones clínicas y ajustar la «profundidad» de mi intervención sobre la marcha.

Si he acertado o no es algo que se puede determinar empíricamente, en colaboración con el paciente cuyas respuestas implícitas o explícitas suelen ser bastante reveladoras. O tal vez «colaboración» no sea la palabra adecuada para designar el enfado, el miedo o el repliegue que podemos suscitar al sobrevalorar lo que el paciente es capaz de oír. Las interpretaciones faltas de sintonía suelen experimentarse como acusaciones o abandono cuando la capacidad reflexiva del paciente se ve más comprometida de lo que sospechamos, ya sea de forma puntual o sistemática. Cuando menos, nuestro esfuerzo excesivamente ambicioso en este sentido puede infundir al paciente una sensación de inadecuación.

Por lo general, resulta más útil ofrecer perspectivas o interpretaciones alternativas cuando la capacidad metacognitiva del paciente es fuerte. En cambio, cuando esta capacidad está inhibida o todavía no se ha despertado, son más adecuadas otras intervenciones.

Podemos esclarecer la experiencia subjetiva del paciente ayudándole, sobre todo, a identificar los sentimientos que subyacen a su conducta y el contexto de dichos sentimientos. Cuando tal clarificación surte efecto, puede disminuir la angustia y la confusión que, en caso contrario, tal vez provocarían acciones autodestructivas por parte del paciente. Para éste puede ser una importante lección de referencia, una experiencia vivida acerca del valor de la mentalización. El impacto de este tipo de experiencias tiende a ser mayor cuando surgen en el paciente sentimientos difíciles respecto del terapeuta, con cuya ayuda se esclarecen, comprenden y alivian.

También resulta útil empatizar de forma expresiva con la experiencia subjetiva del paciente, siempre que nuestra empatía no se limite a los sentimientos manifiestos del paciente, sino que se amplíe a las emociones que no es capaz de sentir o expresar. Esta salvedad resulta especialmente significativa cuando los sentimientos expresados (por ejemplo, la ira o la hostilidad) abarcan otros sentimientos (de dependencia o vulnerabilidad) cuya expresión parece más problemática, pero es potencialmente más adaptativa. A menudo las respuestas de contratransferencia pueden ayudarnos a reconocer los sentimientos de los que se protege el paciente (Bateman y Fonagy, 2006).

En otros momentos, la contratransferencia refleja principalmente nuestra dificultad para tolerar la reluctancia del paciente a la mentalización (o su incapacidad en esta materia). Cuando la frustración con la perspectiva firme y unidimensional del paciente genera un impasse empático, puede ser útil ofrecer al paciente un relato equilibrado de nuestra reacción ante su dificultad para sopesar más de una visión de su experiencia. Aquí podríamos decir: «Mientras hablamos me siento dividido. Por una parte, quiero que sepas que comprendo la importancia de tu perspectiva y la realidad del dolor que sientes. Por otra parte, yo también tengo una perspectiva adicional, pero me preocupa que, si te la transmito, sientas que no te oigo o que no estoy verdaderamente contigo. Así que no sé cómo actuar». Con estas palabras modelo la mentalización, además de invitar al paciente a la colaboración. Sugiero la existencia de perspectivas alternativas, aunque en algunos casos deban permanecer tácitas. De este modo, a menudo se restaura mi capacidad de empatizar con el paciente. A menudo los pacientes

sienten cierto alivio también, porque ahora se sienten menos solos y más capaces de unirse a mí en lo que ha pasado a ser un dilema compartido. Aunque los pacientes teman lo que el terapeuta tiene que decir, en cierto nivel también saben que necesitan otra perspectiva, porque la suya es insuficiente para reparar el sufrimiento.

Dado que nuestro objetivo fundamental aquí es generar con el paciente un proceso reflexivo en lugar de determinadas introspecciones concretas, debemos abordar las restricciones de la libertad del paciente para mentalizar antes de esclarecer ninguno de los estados mentales específicos. Tales restricciones están influidas por un sentido de la necesidad psicológica. Por lo tanto, suele ser importante que el terapeuta investigue, ya sea en silencio o de forma colaborativa, la lógica emocional de la capacidad del paciente, aparentemente limitada, de mentalizar (Seligman, 1999).

Cuando la función reflexiva del paciente se halla temporalmente paralizada, suele ser útil analizar lo que ha ocurrido recientemente en el vínculo terapéutico. De este modo, tal vez descubramos que inadvertidamente hemos provocado en él una reacción de vergüenza, o hemos tocado una zona vulnerable, o hemos iniciado una enacción de la experiencia (normalmente) disociada. Todas éstas pueden ser disrupciones a corto plazo, pero requieren atención inmediata y reparación para que los límites de la voluntad mentalizadora colaborativa del paciente sean, en efecto, meramente temporales.

A veces, la capacidad de mentalización resulta limitada en otros sentidos más persistentes. Varios pacientes distintos pueden tener dificultades para pensar y sentir en la misma línea mental. A algunos les da miedo agobiarse o desintegrarse, si se permiten pensar y sentir libremente. Algunos tienen la necesidad psicológica de mantener la disociación y se sienten amenazados por la integración que puede surgir si mentalizan. Algunos pacientes están limitados por las prohibiciones contra el conocimiento que suelen ir asociadas al trauma y la perturbación. Otros pacientes, para proteger su tenue sentido de la identidad, deben mantener la fantasía de que existe una única visión de la realidad y el terapeuta la comparte (Seligman, 2000). Por último, hay pacientes como Ellen para quienes adoptar la opción de pensar y sentir por sí mismos significa renunciar a una incesante esperanza y asumir las tareas dolorosas, aunque potencialmente liberadoras, del duelo.

Aparte de evaluar la capacidad reflexiva del paciente –fuerte o débil, temporalmente inhibida o limitada de forma crónica–, puede ser muy útil observar la naturaleza de la postura «prerreflexiva» del paciente ante la experiencia. En un momento dado, ¿el paciente equipara la mente y el mundo o los disocia? Y en el proceso terapéutico, ¿el paciente tiende a vivir en una realidad subjetiva que es predominantemente concreta y no interpretable, o en una realidad en la que prevalecen los deseos y los pensamientos?

En un modo de equivalencia psíquica los pacientes equiparan lo que sienten y creen con lo que es real y verdadero. La tarea del terapeuta con dichos pacientes es comparable a la del progenitor que juega con el mundo del niño al tiempo que le ofrece dos visiones de ese juego: es «real» y a la vez es «simulación». Tenemos que respaldar la capacidad del paciente de preservar un sentido de su propia experiencia, además de presentarle visiones alternativas que tengan en cuenta la complejidad de dicha experiencia.

Permitir la perspectiva del paciente y mantener la nuestra puede resultar muy difícil cuando no nos gusta el modo en que nos ve el paciente. Sin embargo, esto es exactamente lo que

debemos intentar. Un paciente con una historia de apego desorganizado y/o trauma suele ser incapaz, al menos inicialmente, de ver al terapeuta como una persona digna de confianza. Para que nos experimente como dignos de confianza, tenemos que aceptar al paciente tal como es, por mucho que nos incomode. Al conceder verosimilitud a la lóbrega perspectiva del paciente, además de tener en cuenta (y a veces comunicar) otros planteamientos alternativos, creamos un espacio más seguro en el que el paciente puede empezar a considerarse y a considerar a los demás desde un enfoque más complejo. Naturalmente, el efecto no es perjudicial cuando la adopción de este enfoque por parte del terapeuta suscita las dudas del paciente sobre sus peores expectativas: «El contraste entre la percepción del paciente acerca del terapeuta tal como lo imagina y tal como es puede contribuir a poner en tela de juicio la experiencia de transferencia» (Fonagy et al., 2002, p. 370).

La presentación de interpretaciones complejas no contribuye a potenciar la complejidad del pensamiento del paciente. Su tendencia a equiparar los sentimientos y las creencias con los hechos se desarticula con mayor probabilidad si el terapeuta observa, nombra y explora de forma coherente los cambios paulatinos que se producen en la experiencia emocional del paciente. Puede ser especialmente útil cuando somos capaces de identificar en tiempo real las circunstancias internas o interpersonales que sumen al paciente en estados de angustia abrumadora. La comprensión de estos factores desencadenantes puede aportar en sí cierto grado de alivio. Con el tiempo, también puede intensificar la consciencia liberadora del paciente de que su experiencia interna no es reflejo directo de la realidad, sino el producto idiosincrático de las respuestas subjetivas ante las realidades que afronta.

En contraste con este tipo de pacientes, cuya experiencia de la realidad suele ser opresiva y excesivamente «real», los pacientes en el modo de la «simulación» son capaces de dejar de lado las realidades opresivas. Los primeros pueden describirse como preocupados o irresolutos, y a menudo se encuentran demasiado abrumados por la experiencia como para reflexionar sobre ella. Los últimos pueden calificarse como negadores y suelen estar demasiado desgajados de su experiencia como para tener sentimientos acerca de ella, o bien tienen miedo de reconocer sus sentimientos. Es esencial reconocer a los pacientes que actúan en el modo de la simulación, porque suelen dar la impresión de que siguen un proceso terapéutico cuando en realidad no es así. Aparentemente «trabajan» pero no son productivos, porque su introspección y su experiencia del vínculo terapéutico no se basan en la realidad emocional.

La primera prioridad para el terapeuta consiste en evitar la connivencia con la simulación de que el paciente está presente cuando en realidad brilla por su ausencia en el plano emocional. Debemos reparar en la dificultad del paciente para reconocer el impacto de la experiencia no deseada o, tal vez de forma más general, para experimentar los sentimientos profundos. Y, por supuesto, debemos seguir el hilo rojo del afecto, llamar la atención del paciente hacia las señales de sentimiento que son reacios a reconocer. Para algunos pacientes es extraordinariamente significativo que les iluminemos en su vuelo reflexivo desde los sentimientos cuando toman conciencia de ellos. Nuestras intervenciones fundamentales –incluida, a veces, la revelación explícita de ciertos aspectos de nuestra propia experiencia emocional– se orientan no sólo a que la experiencia del paciente con nosotros sea más «real» sino a tender puentes entre las facetas de la experiencia que el paciente ha tenido que eludir.

Tanto si estamos inmersos en el modo de la equivalencia psíquica como en el de la simulación, nuestros pacientes se relacionan con la experiencia de un modo desintegrado. Según Fonagy y sus colegas, la integración de estos modos prerreflexivos es lo que enseña al niño a mentalizar, a «jugar con la realidad» (Fonagy y Target, 1996), en lugar de dejarse abrumar o sentirse desgajado de ella. Propiciamos tal integración en la psicoterapia mediante las intervenciones que acabo de describir y aportando un vínculo seguro en el que el paciente pueda llegar a verse en la mente (y sentirse en el corazón) del terapeuta como un ser integrado que piensa, siente y desea.

La mentalización, la atención plena y la aportación del terapeuta

Nuestra capacidad de intervenir de esta manera y ofrecer un vínculo seguro depende, en gran medida, de nuestra propia capacidad de integración. Al igual que nuestros pacientes se han visto influidos por lo que sus figuras de apego eran o no capaces de pensar, sentir y desear, la historia de nuestros propios apegos en la infancia y en los años posteriores es lo que determina la gama de experiencias subjetivas que somos capaces de permitirnos a nosotros y a los demás.

El nuevo vínculo de apego que experimentamos en nuestro análisis o psicoterapia personal suele ocupar un lugar destacado en esta historia para los clínicos, cuya elección vocacional suele ser producto, en parte, de la esperanza inconsciente de curar las primeras heridas de apego. Y en el nuevo vínculo de apego que esperamos aportar a nuestros pacientes, las repetidas experiencias de desinmersión a través de la atención plena y la mentalización pueden establecer un nuevo centro de organización tanto en la mente como en el cerebro. De este modo, tales experiencias pueden sustituir los modelos funcionales inseguros del paciente por un nuevo modelo «seguro adquirido».

La mentalización es en sí una cualidad esencial y un medio para «reescribir» el relato autobiográfico del paciente: la historia que emplea el paciente para dar sentido a su vida. Como tal, la mentalización facilita el logro de una mente autocreativa. La atención plena es una aptitud asimismo valiosa, pero en lugar de «reescribir una vida» transforma al autor.

A través del fomento de estas cualidades, la psicoterapia efectiva aporta una nueva experiencia de seguridad que puede beneficiar a todos los pacientes. No obstante, en relación con los pacientes que tienen (o van a tener) hijos, la aportación del terapeuta puede ir mucho más allá, porque posee el potencial de romper la cadena de desventaja que tiende a cargar a cada generación sucesiva con la inseguridad y el trauma de las generaciones precedentes.

* [...] y todo es siempre Ahora.

1. En opinión de Milner (1960/1987), esta «concentración meditativa del cuerpo» genera un contexto en el que se puede conocer de la manera más profunda la experiencia del paciente y el terapeuta. Al describir el tipo de atención que requiere esta «consciencia corporal holística», apunta lo siguiente:

   He observado los cambios sorprendentes que se producen en la naturaleza de las propias percepciones, tanto acerca de uno mismo como del mundo exterior, a raíz del uso deliberado de un foco de atención amplio frente a uno más estrecho. [...] [El] fundamento interno del ser, como trasfondo psicofísico real de todos los pensamientos conscientes, [...] puede experimentarse directamente a través de un foco de atención amplio proyectado introspectivamente. [...] [Este] tipo de atención deliberadamente intenta sumirse en una consciencia corporal interna absoluta, no en busca de interpretaciones correctas, ni siquiera de ideas, aunque las interpretaciones pueden surgir espontáneamente a partir de este estado. (pp. 236-240)

Bibliografía

Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. En B. M. Foss (ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 2, pp. 67-112). Nueva York: Wiley.

Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, *40*, 969-1025.

Ainsworth, M. D. S. y Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. En C. M. Parkes (ed.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160-185). Nueva York: Routledge.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Allen, J. P. y Fonagy, P. (2002). *The development of mentalizing and its role in psychopathology and psychotherapy* (Technical Report No. 02-0048). Topeka, KS: Menninger Clinic, Research Department.

Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuiness, T., *et al*. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry, 59*, 213-237.

Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues, 1*, 29-51.

Aron, L. (1992). Interpretation as expression of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues, 2*, 475-505.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Aron, L. (1998). The clinical body and the reflexive mind. En L. Aron y F. S. Anderson (eds.), *Relational perspectives on the body* (pp. 3-38). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Austin, J. H. (1999). *Zen and the brain: Toward an understanding of meditation and consciousness*. Cambridge, MA: MIT Press.

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-142.

Baron-Cohen, S. (1999). Does the study of autism justify minimalist innate modularity?

Learning and Individual Differences, 10, 179-191.

Basch, M. F. (1992). *Practicing psychotherapy: A casebook*. Nueva York: Basic Books.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. En J. G. Allen y P. Fonagy (eds.), *Handbook of mentalization based treatment* (pp. 185-200). Hoboken, NJ: Wiley.

Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. Nueva York: Ballantine Books.

Beebe, B. (2004). Symposium on intersubjectivity in infant research and its implications for adult treatment, Part II. *Psychoanalytic Dialogues, 14*(1), 1-52.

Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C. y Jasnow, J. (2000). Systems models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant Mental Health Journal, 20*(21), 99-122.

Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J. y Sorter, D. (2003). Symposium on intersubjectivity in infant research and its implications for adult treatment, Part I. *Psychoanalytic Dialogues, 13*(6), 743-842.

Beebe, B. y Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Belsky, J., Fish, M. e Isabella, R. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: Family antecedents and attachment consequences. *Developmental Psychology, 27*, 421-431.

Benjamin, J. (1999). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. En S. Mitchell y L. Aron (eds.), Relational psychoanalysis: *The emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. (Obra original publicada en 1990).

Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis, 40*, 308-315.

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Londres: Heinemann.

Bion, W. R. (1965). *Transformations*. Nueva York: Basic Books.

Bion, W. R. (1967). *Second thoughts*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. Londres: Karnac.

Bion, W. R. (1981). *Notes on memory and desire*. En R. Langs (ed.), *Classics in psychoanalytic technique* (pp. 259-261). Northvale, NJ: Jason Aronson. (Obra original publicada en 1967).

Blackmore, S. (2004). *Consciousness: An introduction*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

Blatt, S. J. y Blass, R. B. (1996). Relatedness and self-definition: A dialectic model of personality development. En G. G. Noam y K. W. Fischer (eds.), *Development and vulnerabilities in close relationships* (pp. 309-338). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bobrow, J. (1997). Coming to life: The creative intercourse of psychoanalysis and Zen Buddhism. En C. Spezzano y G. Garguilo (eds.), *Soul on the couch: Spirituality, religion and morality in contemporary psychoanalysis* (pp. 109-146). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. Nueva York: Columbia University Press.

Boston Change Process Study Group. (1998). Interventions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Mental Health Journal, 19*, 277-353.

Boston Change Process Study Group. (2002). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psycho-Analysis, 83*, 1051-1062.

Boston Change Process Study Group. (2005). The "something more than interpretation" revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 53*(3), 693-730.

Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psycho-Analysis, 25*, 19-52.

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health* (WHO Monograph Series No. 2). Geneva: World Health Organization.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Londres: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Obra original publicada en 1969).

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Nueva York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books.

Bowlby, J. (1985). The role of childhood experience in cognitive disturbance. En M. J. Mahoney y A. Freeman (eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 181-200). Nueva York: Plenum Press.

Bowlby, J. (1986). *John Bowlby discussing his life and work*. (Grabado en vídeo por Mary Main, Department of Psychology, University of Virginia en Charlottesville, VA).

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londres: Routledge.

Brach, T. (2003). *Radical acceptance: Embracing your life with the heart of a Buddha*. Nueva York: Bantam/Dell.

Brennan, K. A., Clark, C. L. y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). Nueva York: Guilford Press.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1-2), 3-35.

Bretherton, I. (1991) The roots and growing points of attachment theory. En C. M. Parkes (ed.), *Attachment across the life cycle* (pp. 9-32). Nueva York: Routledge.

Bretherton, I. (1995). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 45-84). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Bretherton, I. y Munholland, K. A. (1999). *Internal working models in attachment relationships: A construct revisited*. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). Nueva York: Guilford Press.

Bromberg, P. M. (1998a). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Bromberg, P. M. (1998b). Staying the same while changing: Reflections on clinical judgment. *Psychoanalytic Dialogues, 8*, 225-236.

Bromberg, P. M. (2003). Something wicked this way comes: Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap. *Psychoanalytic Psychology, 20*(3), 558-574.

Brothers, L. (1997). *Friday's footprint: How society shapes the human mind*. Nueva York: Oxford University Press.

Buber, M. (1970). *I and thou* (trad. W. Kaufman). Nueva York: Charles Scribners Sons. (Obra original publicada en 1923).

Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry, 22*, 766-793.

Bucci, W. (2003). Varieties of dissociative experiences: A multiple code account and a discussion of Bromberg's case of "William." *Psychoanalytic Psychology, 20*(3), 542-557.

Buck, R. (1994). The neuropsychology of communication: Spontaneous and symbolic aspects. *Journal of Pragmatics, 22*, 265-278.

Burke, W. (1992). Countertransference disclosure and the asymmetry/mutuality dilemma. *Psychoanalytic Dialogues, 2*, 241-271.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. y Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology, 25*, 525-531.

Cassidy, J. y Shaver, P. R. (eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Nueva York: Guilford Press.

Coates, S. W. (1998). Having a mind of one's own and holding the other in mind: Commentary on paper by Peter Fonagy and Mary Target. *Psychoanalytic Dialogues, 8*, 115-148.

Cooper, P. (1999). Buddhist meditation and countertransference: A case study. *American Journal of Psychoanalysis, 59*(1), 71-85.

Cozolino, L. J. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. Nueva York: Norton.

Craik, K. (1943). *The nature of explanation*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Crowell, J. A., Treboux, D. y Waters, E. (2002). Stability of attachment representations: The transition to marriage. *Developmental Psychology, 38*, 467-479.

Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. Nueva York: Avon Books.

Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of*

consciousness. Nueva York: Harcourt.

Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza*. Nueva York: Harcourt.

Darwin, C. (1998). *The expression of the emotions in man and animals* (3rd ed.). Nueva York: Oxford University Press. (Obra original publicada en 1872).

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., *et al*. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564-570.

Davies, J. M. (1998). Multiple perspectives on multiplicity. *Psychoanalytic Dialogues, 8*(2), 195-206.

Deikman, A. J. (1982). *The observing self*. Boston: Beacon Press.

Dennett, D. C. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, MA: MIT Press.

Dimberg, U., Thunberg, M. y Elmehed, K. (2000). Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *The American Psychological Society, 11*, 86-89.

Dimen, M. (1998). Polyglot bodies: Thinking through the relational. En L. Aron y F. S. Anderson (eds.), *Relational perspectives on the body* (pp. 65-96). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Dozier, M. y Kobak, R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development, 63*, 1473-1480.

Dozier, M., Chase Stoval, K. y Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 497-519). Nueva York: Guilford Press.

Eagle, M. (1999, 15 de noviembre). Attachment *research and theory and psychoanalysis*. Trabajo presentado en la Psychoanalytic Association of New York.

Ehrenberg, D. (1992). *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. Nueva York: Norton.

Eigen, M. (1993). Breathing and identity. En A. Phillips (ed.), *The electrified tightrope* (pp. 43-48). Northvale, NJ: Jason Aronson. (Obra original publicada en 1977).

Eigen, M. (1999). The area of faith in Winnicott, Lacan, and Bion. En S. A. Mitchell y L. Aron (eds.), *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition* (pp. 3-36). Hillsdale, NJ: Analytic Press. (Obra original publicada en 1981).

Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. Nueva York: Times Books.

Ekman, P., Friesen, W. y Ancoli, S. (1980). Facial signs of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 1125-1134.

Ekman, P., Levenson, R. y Friesen, W. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science, 221*, 1208-1210.

Ekman, P., Roper, G. y Hager, J. C. (1980). Deliberate facial movement. *Child Development, 51*, 886-891.

Elicker, J., Englund, M. y Sroufe, L. A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationship. En R. Parke y G. Ladd (eds.),

Family-peer relationships: Modes of linkage (pp. 77-106). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Eliot, T. S. (1991a). Ash Wednesday. In *Collected poems*, 1909-1962 (pp. 83-96). Nueva York: Harcourt Brace. (Obra original publicada en 1930).

Eliot, T. S. (1991b). Four quartets. En *Collected poems*, 1909-1962 (pp. 173-210). Nueva York: Harcourt Brace. (Obra original publicada en 1943).

Engler, J. (2003). Being somebody and being nobody: A reexamination of the understanding of self in psychoanalysis and Buddhism. En J. D. Safran (ed.), *Psychoanalysis and Buddhism: An unfolding dialogue* (pp. 35-100). Somerville, MA: Wisdom.

Epstein, M. (1995). *Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective*. Nueva York: Basic Books.

Epstein, M. (2001). *Going on being: Buddhism and the way of change*. Londres: Continuum.

Falkenstrom, F. (2003). A Buddhist contribution to the psychoanalytic psychology of self. *International Journal of Psychoanalysis, 84*, 1-18.

Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis, 72*, 639-656.

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*(4), 1129-1147.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. Nueva York: Other Press.

Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. J. y Target, M. l. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Nueva York: Other Press.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. y Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 22-31.

Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991a). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62*, 891-905.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. y Higgitt, A. C. (1991b). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 12*, 201-218.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., *et al*. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 233-278). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Fonagy, P. y Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis, 77*, 217-233.

Fonagy, P. y Target, M. (2006). The mentalization focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders, 20*(6), 544-576.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H. y Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. Londres: University College London.

Forster, E. M. (1999). *Howards end*. Nueva York: Modern Library Classics. (Obra original publicada en 1910).

Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. Nueva York: Basic Books.

Fosha, D. (2003). Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment. En M. F. Solomon y D. J. Siegel (eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (pp. 221-281). Nueva York: Norton.

Fox, N. A. y Card, J. A. (1999). Psychophysiological measures in the study of attachment. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 226-245). Nueva York: Guilford Press.

Freud, S. (1924a). Recommendations for physicians on the psycho-analytic method of treatment. En E. Jones (ed.) y J. Riviere (trad.), *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 323-333). Londres: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Obra original publicada en 1912).

Freud, S. (1924b). Further recommendations in the technique of psychoanalysis: Recollection, repetition, and working-through. En E. Jones (ed.) y J. Riviere (trad.), *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 366-376). Londres: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Obra original publicada en 1914).

Freud, S. (1958). Remembering, repeating, and working-through. En J. Strachey (ed. y trad.), *The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 147-156). Londres: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Obra original publicada en 1914).

Freud, S. (1962). The ego and the id. En J. Strachey (ed. y trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 3-62). Nueva York: W. W. Norton. (Obra original publicada en 1923).

Freud, S. (1966). Project for a scientific psychology. En J. Strachey (ed. y trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 295-397). Londres: Hogarth Press. (Obra original publicada en 1895).

Friedman, L. (1988). *The anatomy of psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Fulton, P. R. (2005). Mindfulness as clinical training. En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 55-72). Nueva York: Guilford Press.

Gallese, V. (2001). "The shared manifold" hypothesis: From mirror neurons to empathy. *The Journal of Consciousness Studies, 8*(5-7), 33-50.

Gazzaniga, M. S., Eliassen, J. C., Nisenson, L., Wessuger, C. M. y Baynes, K. B. (1996). Collaboration between the hemispheres of a callosotomy patient – Emerging right hemisphere speech and the left brain interpreter. *Brain, 119*, 1255-1262.

George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1984). *Adult Attachment Interview Protocol* (1st ed.). Manuscrito inédito, University of California en Berkeley.

George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview Protocol* (2nd ed.). Manuscrito inédito, University of California en Berkeley.

George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview Protocol* (3rd ed.).

Manuscrito inédito, University of California en Berkeley.

Germer, C. K. (2005). Teaching mindfulness in therapy. En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 113-129). Nueva York: Guilford Press.

Germer, C. K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.

Gerson, S. (1996). Neutrality, resistance, and self-disclosure in an intersubjective psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues, 6*(5), 623-647.

Ghent, E. (1999). Masochism, submission, surrender: Masochism as a perversion of surrender. En S. A. Mitchell y L. Aron (eds.), *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition* (pp. 213-239). Hillsdale, NJ: Analytic Press. (Obra original publicada en 1990).

Gill, M. (1983). The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement. *Contemporary Psychoanalysis, 19*, 200-237.

Gill, M. y Hoffman, I. Z. (1982). *Analysis of transference* (Vol. II). Nueva York: New York International Universities Press.

Ginot, E. (2001). The holding environment and intersubjectivity. *The Psychoanalytic Quarterly, 70*(2), 417-446.

Goldbart, S. y Wallin, D. (1996). *Mapping the terrain of the heart: Passion, tenderness, and the capacity to love*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Goldstein, J. y Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom: The path of insight meditation*. Boston: Shambhala.

Goleman, D. (1988). *The meditative mind: The varieties of meditative experience*. Nueva York: Tarcher/Putnam Books.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.

Goleman, D. (ed.). (2003). Destructive emotions: *How can we overcome them: A scientific dialogue with the Dalai Lama*. Nueva York: Bantam Books.

Gopnik, A. y Astington, J. W. (1988). Children's understanding of representational change and its relation to the understanding of false belief and the appearance-reality distinction. *Child Development, 59*, 26-37.

Gopnik, A. y Slaughter, V. (1991). Young children's understanding of changes in their mental states. *Child Development, 62*, 98-110.

Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanalytic Quarterly, 63*, 1-22.

Grossmann, K. y Grossmann, K. E. (1991). Newborn behavior, early parenting quality and later toddler-parent relationships in a group of German infants. En J. K. Nugent, B. M. Lester y T. B. Brazelton (eds.), *The cultural content of infancy* (Vol. 2, pp. 338). Norwood, NJ: Ablex.

Grossmann, K. E. (1995). The evolution and history of attachment research and theory. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 85-121). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Grossmann, K. E., Grossmann, K. y Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration: Stability and change during the years of immaturity. En J. Cassidy y P. R. Shaver

(eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 760-786). Nueva York: Guilford Press.

Hariri, A. R., Bookheimer, S. Y. y Mazziotta, J. C. (2000). Modulating emotional responses: Effects of a neocortical network on the limbic system. *Neuroreport, 11*, 43-48.

Hariri, A. R., Mattay, V. S., Tessitore, A., Fera, F. y Weinberger, D. R. (2003). Neocortical modulation of the amygdala response to fearful stimuli. *Biological Psychiatry, 53*, 494-501.

Haviland, J. M. y Lelwica, M. (1987). The induced affect response: 10-week-old infants' responses to three emotion expressions. *Developmental Psychology, 23*(1), 97-104.

Hawkins, J. (2005). *On intelligence: How a new understanding of the brain will lead to the creation of truly intelligent machines*. Nueva York: Owl Books/Holt.

Hesse, E. (1996). Discourse, memory and the adult attachment interview: A note with emphasis on the emerging Cannot Classify category. *Infant Mental Health Journal, 17*, 4-11.

Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395-433). Nueva York: Guilford Press.

Hesse, E. y Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. En *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*(4), 1097-1148.

Hobson, P. (2002). *The cradle of thought: Exploring the origins of thinking*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

Hoffman, I. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemporary Psychoanalysis, 19*, 389-422.

Hoffman, I. (1992). Expressive participation and psychoanalytic discipline. *Contemporary Psychoanalysis, 28*, 1-15.

Hoffman, I. (1994). Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly*, *63*, 187-218.

Hoffman, I. (1996). The intimate and ironic authority of the psychoanalyst's presence. *Psychoanalytic Quarterly*, *65*, 102-136.

Hoffman, I. (2001). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: A dialectical-constructivist view*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Holmes, J. (1996). *Attachment, intimacy, autonomy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. Nueva York: Brunner-Routledge.

Hopenwasser, K. (1998). Listening to the body: Somatic representations of dissociated memory. En L. Aron y F. S. Anderson (eds.), *Relational perspectives on the body* (pp. 215-236). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Iacoboni, M. (2005). Understanding others: Imitation, language, empathy. En S. Hurley y N. Chater (eds.), *Perspectives on imitation: From neuroscience to social science: Vol I.*

Mechanisms of imitation and imitation in animals (pp. 77-100). Cambridge, MA: MIT Press.

Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. y Jasnow, M. (2001). Rhythms of dialogue in early infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 66*(2, Serial No. 264), pp. 1-132.

James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, *9*, 188-205.

James, W. (1950). *The principles of psychology*. Mineola, NY: Dover Publications. (Obra original publicada en 1890).

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Dell.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Nueva York: Hyperion.

Kahn, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child, 18*, 286-306.

Kaplan, N. (1987, mayo). *Internal representations of attachment in six-year-olds*. Trabajo presentado en los encuentros bienales de la Society for Research in Child Development, Baltimore.

Karen, R. (1994). *Becoming attached: First relationships and how they shape our capacity to love*. Nueva York: Oxford University Press.

Karmiloff-Smith, A. (1992). *Beyond modularity: A developmental perspective on cognitive science*. Cambridge, MA: MIT Press.

Kegan, R. (2000). What "form" transforms? A constructive-developmental approach to transformative learning. En J. Mezirow (ed.), *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress* (pp. 35-69). San Francisco: Jossey-Bass.

Kernberg, O. F. (1984). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1995). *Love relations: Normality and Pathology*. New Haven: Yale University Press.

Koback, R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for theory, research, and clinical intervention. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 21-43). Nueva York: Guilford Press.

Kornfield, J. (1993). *A path with heart*. Nueva York: Bantam Books.

Kramer, S. y Akhtar, S. (eds.). (1991). *The trauma of transgression: Psychotherapy of incest victims*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Kurtz, Ron. (1990). *Body-centered psychotherapy: The Hakomi method*. Mendocino, CA: LifeRhythm.

Lakoff, G. y Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. Nueva York: HarperCollins.

Lazar, S. W. (2005). Mindfulness research. En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 220-239). Nueva York: Guilford Press.

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., *et al*. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuro-Report, 16*(17), 1893-1897.

Le Doux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Nueva York: Simon & Schuster.

Libet, B., Freeman, A. y Sutherland, K. (1999). *The volitional brain: Towards a neuroscience of free will*. Exeter, Reino Unido: Imprint Academic.

Lieberman, M. D. (en prensa). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology, 58*.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.

Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 343-367). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. En J. Solomon y C. George (eds.), *Attachment disorganization* (pp. 291-317). Nueva York: Guilford Press.

Looker, T. (1998). "Mama, why don't your feet touch the ground?": Staying with the body and the healing moment in psychoanalysis. En L. Aron y F. S. Anderson (eds.), *Relational perspectives on the body* (pp. 237-262). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry, 19*, 576-617.

Lyons-Ruth, K. y Boston Change Process Study Group. (2001.) The emergence of new experiences: Relational improvisation, recognition process, and non-linear change in psychoanalytic psychotherapy. *Psychologist/Psychoanalyst, 21*(4), 13-17.

Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal, 19*(3), 282-289.

MacLean, P. (1990). *The triune brain in evolution*. Nueva York: Plenum Press.

Mahler, M. S., Pine, F. y Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Nueva York: Basic Books.

Main, M. (1981). Avoidance in the service of attachment: A working paper. En K. Immelman, G. Barlow, L. Petrinovitch y M. Main (eds.), *Behavioral development* (pp. 651-693). Nueva York: Cambridge University Press.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies and the concept of conditioned strategies. *Human Development*, *33*, 48-61.

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future

research. En C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde y P. Marris (eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). Londres: Tavistock/Routledge.

Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Main, M. (1999). Epilogue. Attachment theory: Eighteen points with suggestions for future studies. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 407-474). Nueva York: Guilford Press.

Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*(4), 1055-1096.

Main, M. y Goldwyn, R. (1994). *Adult attachment scoring and classification system*. Manuscrito inédito, University of California at Berkeley.

Main, M., Hesse, E. y Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes. En K. E. Grossmann, K. Grossmann y E. Waters (eds.), *Attachment from infancy to adulthood: Lessons from longitudinal studies* (pp. 245-304). Nueva York: Guilford Press.

Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1-2), 66-104.

Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (eds.), *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M. y Weston, D. R. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy. En M. Parkes y J. Stevenson-Hinde (eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 31-59). Nueva York: Basic Books.

Mandal, M. K. y Ambady, N. (2004). Laterality of facial expressions of emotion: Universal and culture-specific influences. *Behavioural Neurology*, *15*, 23-34.

Maroda, K. (1999). *Seduction, surrender, and transformation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Martin, J. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, *7*(4), 291-312.

Marvin, R. S. y Britner, P. A. (1999). Normative development: The ontogeny of attachment. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 44-67). Nueva York: Guilford Press.

Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K. y Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment and Human Development*, *4*(1), 107-124.

McDougall, J. (1978). *Plea for a measure of abnormality*. Nueva York: International Universities Press.

McDougall, J. (1989). *Theaters of the body*. Nueva York: Norton.

Meltzoff, A. (1985). The roots of social and cognitive development: Models of man's original nature. En T. Field y N. Fox (eds.), *Social perception in infants* (pp. 1-30). Norwood, NJ: Ablex.

Meltzoff, A. (1990). Foundations for developing a concept of self: The role of imitation in relating to others, and the value of social mirroring, social modeling, and self-practice in infancy. En D. Cicchetti y M. Beeghly (eds.), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 139-164). Chicago: University of Chicago Press.

Meltzoff, A. y Moore, M. (1998). Infant intersubjectivity: Broadening the dialogue to include imitation, identity and intention. En S. Braten (ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 47-88). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Merriam-Webster dictionary. (11th ed.). (2003). Nueva York: Merriam-Webster.

Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. En M. P. Zanna (ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 53-152). Nueva York: Academic Press.

Milner, M. (1987). The concentration of the body. En *The suppressed madness of sane men: Forty-four years of exploring psychoanalysis* (pp. 234-240). Londres: Tavistock and the Institute of Psychoanalysis. (Obra original publicada en 1960).

Mitchell, S. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Nueva York: Basic Books.

Mitchell, S. (1995). Interaction in the interpersonal and Kleinian traditions. *Contemporary Psychoanalysis*, *31*, 65-91.

Mitchell, S. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Mitchell, S. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Morgan, W. D., Morgan, S. T. (2005). Cultivating attention and empathy. En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 73-90). Nueva York: Guilford Press.

Nathanson, D. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. Nueva York: Norton.

Natterson, J. y Friedman, R. (1995). *A primer of intersubjectivity*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Nyanaponika, T. (1972). *The power of mindfulness*. San Francisco: Unity Press.

Ochsner, K. N. y Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Science*, *9*, 242-249.

Ogden, P. (2006, 5 de marzo). *The role of the body in the treatment of trauma*. Trabajo presentado en el congreso The Embodied Mind: Integration of the Body, Brain, and Mind in Clinical Practice, UCLA Extension and Lifespan Learning Institute, Los Angeles, CA.

Ogden, P. y Minton, K. (2000, octubre). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, *6*(3).

Ogden, P., Pain, C., Minton, K. y Fisher, J. (2005). Including the body in mainstream psychotherapy for traumatized individuals. *Psychologist/Psychoanalyst*, *25*(4), 19-24.

Ogden, T. (1994). *Subjects of analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Ornstein, R. (1997). *The right mind: Making sense of the hemispheres*. Nueva York: Harvest Books.

Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R. y Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, *6*, 375-388.

Person, E. (1988). *Dreams of love and fateful encounters: The power of romantic passion*. Nueva York: Norton.

Polan, H. J. y Hofer, M. A. (1999). Psychobiological origins of infant attachment and separation responses. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 162-180). Nueva York: Guilford Press.

Porges, S. W. (2006). The role of social engagement in attachment and bonding: A phylogenetic perspective. En C. S. Carter (ed.), *Attachment and bonding: A new synthesis*. (pp. 33-55). Cambridge, MA: MIT Press.

Putnam, F. W. (1992). Discussion: Are alter personalities fragments or figments? *Psychoanalytic Inquiry*, *12*, 95-111.

Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. Nueva York: International Universities Press.

Rauch, S. L., Whalen, P. J., Shin, L. M., McInerney, S. C., Macklin, M. L., Lasko, N. B., *et al*. (2000). Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry*, *47*, 769-776.

Renik, O. (1993). Countertransference enactment and the psychoanalytic process. En M. Horowitz, O. Kernberg y E. Weinshel (eds.), *Psychic structure and psychic change* (pp. 135-158). Madison, CT: International Universities Press.

Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, *64*, 466-495.

Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *Psychoanalytic Quarterly*, *65*, 495-517.

Renik, O. (1999a). Analytic interaction: Conceptualizing technique in the light of the analyst's irreducible subjectivity. En S. Mitchell y L. Aron (eds.), *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition* (pp. 408-422). Hillsdale, NJ: Analytic Press. (Obra original publicada en 1993).

Renik, O. (1999b). Playing one's cards face up in analysis. *Psychoanalytic Quarterly*, *68*, 521-539.

Ringstrom, P. A. (2001). Cultivating the improvisational in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, *1*(5), 727-754.

Robertson, J. y Robertson, J. (1971). *Thomas, aged 2 years 4 months, in foster care for 10 days* [Film]. Young Children in Brief Separation Film Series. (Available from Penn State Audiovisual Services, University Park, PA).

Rothschild, B. (2000). *The body remembers*. Nueva York: Norton.

Rubin, J. (1996). *Psychotherapy and Buddhism: Towards an integration*. Nueva York: Plenum Press.

Safran, J. D. (ed.). (2003). *Psychoanalysis and Buddhism: An unfolding dialogue*. Somerville, MA: Wisdom.

Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford Press.

Sander, L. W. (1980). Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. En S. Greenspan y G. Pollack (eds.), *The course of life: Volume I. Infancy and early childhood* (pp. 177-201). Adelphi, MD: National Institute of Mental Health.

Sander, L. W. (2002). Thinking differently: Principles of process in living systems and the specificity of being known. *Psychoanalytic Dialogues*, *12*(1), 11-42.

Sandler, J. (1981). Countertransference and role-responsiveness. En R. Langs (ed.), *Classics in psychoanalytic technique* (pp. 273-278). Nueva York: Jason Aronson. (Obra original publicada en 1976).

Sapolsky, R. (2004). *Why zebras don't get ulcers*. Nueva York: Holt/Owl Books.

Scaer, R. S. (2001). *The body bears the burden: Trauma, dissociation and disease*. Nueva York: Haworth Medical Press.

Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. Nueva York: Basic Books.

Schafer, R. (1992). *Retelling a life: Narration and dialogue in psychoanalysis*. Nueva York: Basic Books.

Schachner, D. A., Shauer, P. R. y Mikulincer, M. (2005). Patterns of nonverbal behavior and sensitivity in attachment relations. *Journal of Nonverbal Behavior*, *29*(3), 141-169.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schore, A. (2002). Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, *22*, 433-484.

Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. Nueva York: Norton.

Schore, A. N. (2004, 27 de marzo). *Advances in regulation theory: The role of attachment and right brain development in the etiology and treatment of borderline personality disorder*. Trabajo presentado en el congreso Traumatic Attachments and Borderline Personality Disorders: Implications for Clinical Treatment, UCLA Extension and Lifespan Learning Institute, Los Angeles, CA.

Schore, A. N. (2005, 12 de marzo). *Changes in the mind, the brain, and the body in various psychotherapeutic contexts*. Trabajo presentado en el congreso How Psychodynamic Psychotherapies Change the Mind and the Brain, UCLA Extension and Lifespan Learning Institute, Los Angeles, CA.

Schore, A. N. (2006, 5 de marzo). *Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation*. Presented at The Embodied Mind: Integration of the Body, Brain, and Mind in Clinical Practice conference, UCLA Extension and Lifespan

Learning Institute, Los Angeles, CA.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.

Seligman, S. (1999). Integrating Kleinian theory and intersubjective infant research: Observing projective identification. *Psychoanalytic Dialogues: A Journal of Relational Perspectives*, *9*(2), 129-159.

Seligman, S. (2000). Clinical implications of attachment theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*(4), 1189-1196.

Seligman, S. (2003). The developmental perspective in relational psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis (in memoriam, Stephen A. Mitchell, Ph.D.)*, *39*(3), 477-508.

Shapiro, F. y Maxfield, L. (2003). EMDR and information processing in psychotherapy treatment: Personal development and global implications. En M. F. Solomon y D. J. Siegel (eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (pp. 196-220). Nueva York: Norton.

Shin, L. M., Orr, S. P., Carson, M. A., Rauch, S. L., Macklin, M. L., Lasko, N. B., *et al*. (2004). Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 168-176.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Nueva York: Guilford Press.

Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, *22*, 67-94.

Siegel, D. J. (2004, 6 de noviembre). *Understanding emotion and empathy in relationships: Connection and empathy: Ground-breaking discoveries*. Trabajo presentado en R. Cassidy Seminars, San Francisco, CA.

Siegel, D. J. (2005, 3 de junio). *The mindful brain*. Trabajo presentado en el congreso Emotion Meets Spirit, Deep Streams Institute, Watsonville, CA.

Siegel, D. J. (2006, 4 de marzo). *Awakening the mind to the wisdom of the body*. Trabajo presentado en el congreso The Embodied Mind: Integration of the Body, Brain, and Mind in Clinical Practice, UCLA Extension and Lifespan Learning Institute, Los Angeles, CA.

Siegel, D. J. (2006). An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: How awareness, mirror neurons, and neural plasticity contribute to the development of well-being. *Psychiatric Annals*, *36*(4), 248-258.

Siegel, D. J., Siegel, A.W. y Amiel, J. B. (2006). Mind, brain, and behavior. En D. Wedding y M. L. Stuber (eds.), *Behavior and medicine* (4th ed., pp. 3-22). Cambridge, MA: Hogrefe y Huber.

Siegel, R. D. (2005). Psychophysiological disorders: Embracing pain. En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 173-196). Nueva York: Guilford Press.

Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 575-594). Nueva York: Guilford Press.

Slade, A. (2000). The development and organization of attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*(4), 1147-1174.

Slavin, M. O. y Kriegman, D. (1998). Why the analyst needs to change: Toward a theory of conflict, negotiation, and mutual influence in the therapeutic process. *Psychoanalytic Dialogues*, *8*, 247-284.

Smith, H. F. (1993). Engagements in analysis and their use in self-analysis. En J. W. Barron (ed.), *Self-Analysis* (pp. 88-109). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Solomon, J. y George, C. (1999). *Attachment disorganization*. Nueva York: Guilford Press.

Solomon, M. F. y Siegel, D. J. (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*. Nueva York: Norton.

Spangler, G. y Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, *64*, 1439-1450.

Spezzano, C. (1995). "Classical" versus "contemporary" theory: The differences that matter clinically. *Contemporary Psychoanalysis*, *31*, 20-46.

Spezzano, C. (1998). Listening and interpreting: What analysts do to kill time between disclosures and enactments. *Psychoanalytic Dialogues*, *8*, 237-246.

Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. En M. Perlmutter (ed.), *Minnesota Symposium in Child Psychology* (Vol. 16, pp. 41-83). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Sroufe, L. A. y Waters, E. (1977a). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, *48*, 1184-1199.

Sroufe, L. A. y Waters, E. (1977b). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merrill-Palmer Quarterly*, *23*, 3-28.

Stark, M. (2000). *Modes of therapeutic action*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Nueva York: Basic Books.

Stern, D. N. (2002, 11 de marzo). *The change process in psychoanalysis*. Presentado en el San Francisco Psychoanalytic Institute, San Francisco.

Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Nueva York: Norton.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., *et al*. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic psychotherapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, *79*, 903-921.

Stern, S. (1994). Needed relationships and repeated relationships: An integrated relational

perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, *4*, 317-346.

Stern, S. (2002). The self as a relational structure: A dialogue with multiple-self theory. *Psychoanalytic Dialogue*, *12*, 693-714.

Stevens, W. (1990). Not ideas about the thing but the thing itself. En *The collected poems of Wallace Stevens* (p. 534). Nueva York: Vintage. (Obra original publicada en 1954).

Stolorow, R. y Atwood, G. (1997). Deconstructing the myth of the neutral analyst: An alternative from intersubjective systems theory. *Psychoanalytic Quarterly*, *66*, 431449.

Stolorow, R., Brandschaft, B. y Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective perspective*. Northvale NJ: Jason Aronson.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.

Sullivan, H. S. (1964). *The illusion of personal identity: The fusion of psychiatry and social science*. Nueva York: Norton.

Suzuki, S. (1970). *Zen mind, beginner's mind*. Nueva York: Weatherhill.

Teilhard de Chardin, P. (1959). *The Phenomenon of man*. Nueva York: Harper and Row.

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. En M. Bullowa (ed.), *Before speech: The beginnings of human communication* (pp. 321-347). Londres: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. En S. Braten (ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 15-46). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, *44*, 112-119.

Tronick, E. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, *19*(3), 290-299.

van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of post-traumatic stress disorder. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (eds.), Traumatic stress: *The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). Nueva York: Guilford Press.

van der Kolk, B. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1071*, 277-293.

van der Kolk, B. A.,McFarlane, A. C. y Weisaeth, L. (eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Nueva York: Guilford Press.

van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117*, 387-403.

van IJzendorn, M. H., Schuengel, C. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis ofprecursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, *11*, 225-249.

Varela, F. J., Thompson, E. y Rosch, E. (1992). *The embodied mind: Cognitive science and*

human experience. Cambridge, MA: MIT Press.

Wallin, D. (1997). Clinical controversies: The analyst's right to privacy. *Psychologist/Psychoanalyst*, *17*(1), 9-10.

Walsh, R. y Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, *61* (3), 227-239.

Weil, A. (2004). *Natural health, natural medicine: The complete guide to wellness and self-care for optimum health* (ed. rev.). Boston: Houghton Mifflin.

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B. y Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 68-88). Nueva York: Guilford Press.

Weiss, J. y Sampson, H. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. Nueva York: Guilford Press.

Wheeler, M. A., Stuss, D. T. y Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, *121*, 331-354.

White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, *66*(5), 297-331.

Winer, R. (1994). *Close encounters: A relational view of the therapeutic process*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Winnicott, D. W. (1965). The theory of the parent-infant relationship. En D. W. Winnicott (ed.), *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 37-55). Londres: Hogarth Press.

Winnicott, D. W. (1971a). Mirror role of mother and family in child development. En Winnicott, D. W., *Playing and reality* (pp. 111-118). Londres: Tavistock. (Obra original publicada en 1967).

Wrye, H. K. y Welles, J. K. (1994). *The narration of desire: Erotic transferences and countertransferences*. Hillsdale, NJ y Londres: Analytic Press.

Índice de nombres y términos*

Actitud mentalizante 210

Actualización del diálogo terapéutico 515

Adaptación a las figuras de apego 157

Afecto positivo 52

Ainsworth, Mary 24, 25, 33, 35, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 55, 56, 59, 66, 68, 69, 72, 86, 99, 151, 153, 155, 157, 165, 166, 173, 285, 436

Amígdala 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 133, 135, 136, 182, 202, 212, 213, 244, 348, 357, 416, 418, 427

Amnesia infantil 182

Andamiaje 169, 291, 292

Anonimato analítico 262

Ansiedad 39, 47, 69, 147, 148, 154, 155, 187, 197, 210, 212, 217, 229, 230, 301, 330, 331, 336, 342, 355, 377, 378, 382, 383, 389, 423, 425, 453, 454, 456

Apego ambivalente 52, 155, 172

Apego desorganizado 50, 51, 52, 150, 151, 153, 154, 162, 183, 201, 300, 349, 426, 469

Apego desorganizado y 183, 469

Apego elusivo 46, 52, 155, 164, 172, 303, 316

Apego elusivo y 164

Apego inseguro 41, 52, 68, 69, 74, 89, 111, 136, 138, 141, 171, 244, 257, 409, 432, 439

Apego «seguro adquirido» 138

Apego seguro y 42, 43, 65, 68, 86, 87, 125, 131, 171, 274, 396

Apegos íntimos 38

Aportaciones de 33, 50, 210

Área de broca 181, 182, 424

Atención plena y 212, 239, 240, 348, 456, 471

Autoestima 52, 147, 162, 325, 326, 337

Autoexperiencia 105

Automutilación 342, 358, 429

Autorregulación 30, 124, 134, 171, 172, 173, 291, 423
Autorrevelación 192, 233, 253, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 289, 314, 315, 319, 408
Autorrevelación del terapeuta 273, 274, 277, 315
Autosuficiencia 144, 146, 172, 192, 309, 322

Benjamin, Jessica 96, 97, 98, 174, 253
Biología evolutiva 106
Bion, Wilfrid 26, 31, 86, 87, 168, 197, 198, 460
Bollas, Christopher 26, 175, 179, 184, 272, 273, 475, 498
Bowlby, John 11, 18, 23, 24, 25, 26, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 56, 57, 58, 59, 63, 68, 70, 74, 75, 80, 86, 99, 106, 108, 110, 111, 112, 157, 159, 165, 168, 172, 175, 178, 179, 181, 190, 251, 252, 254, 257, 260, 286, 298, 300, 301, 309, 396, 436
Bretherton, Inge 35, 40, 43, 50, 56, 57

Calidad de la comunicación 24, 48, 288
Cambio representacional 76, 210
Cambio terapéutico 100, 130, 180, 193, 231, 256, 396, 413, 426, 452
Capacidad de mentalización 82, 83, 87, 114, 135, 207, 214, 225, 269, 390, 408, 464, 465, 466, 468
Capacidad de mentalización y 225, 269
Capacidad reflexiva 82, 274, 292, 466, 468
Change process study group (cpsg) 100, 169, 193, 194, 283, 371, 464
Cingulado anterior 125,
Clasificación de 41, 64, 71, 82
Como proceso relacional 251
Competencia narrativa 25, 210
Competencia social 52
Compulsión repetitiva 70, 396
Comunicación colaborativa 104, 166, 167, 168, 170, 194, 285, 295
Comunicación contingente 167, 169
«Comunicación de hemisferio derecho a hemisferio derecho» 168
Comunicación intercorporal 185, 198, 201, 271
Comunicación no verbal 24, 129, 137, 185, 186, 197, 200, 228, 370, 372, 373, 382, 416
Concentración en el juego 52
Conocimiento relacional 184, 188, 193, 194, 195
Conocimiento relacional implícito 184, 188, 193, 194, 195
Con pacientes negadores 324

Constructivismo 99,
Contacto físico 47, 49, 66, 120, 142, 143, 146, 231, 232, 235, 237, 320, 405
Contención 87, 90, 280, 340, 401
Contención y 90, 401
Contratransferencia somática 416
Coreografía relacional 186
Córtex frontal 123
Córtex orbitofrontal 124, 168, 357
Córtex prefrontal 123, 124, 125, 134, 135, 202, 416, 419, 424
Córtex prefrontal medio 123, 124, 125, 134
Craik, Kenneth 57
Crianza 40, 71, 127, 142, 153, 164, 165, 168, 170, 171, 173

Democratización 260
Depresión 39, 81, 183, 212, 213, 241, 354, 451, 463
Desactivación parasimpática 202,
Desarrollo del yo 12, 23, 103, 109, 177
Desarrollo del yo y 109
Desarrollo en la terapia 194
Desiderátums del desarrollo 165, 187
Desomatización 426, 427, 429
Diálogo terapéutico 291, 346, 369, 384, 415
Dibujo de familia 140, 143
Diferenciación 42, 84, 111, 121, 374
Dificultades histéricas 52
Disociación primitiva 356
Disociación 257, 353, 360, 426, 439, 468
Distinción apariencia/realidad 210, 217
Diversidad representacional 76, 210, 215

Ekman, Paul 199, 200, 202, 212, 249, 266, 310, 415
En el vínculo curativo 99,
Entrevista de apego adulto 11, 27, 55, 56, 59, 61, 64, 67, 205, 304
Entrevista de apego adulto y 64
Erótica 337, 338, 339, 393
Escala de funcionamiento reflexivo 81, 466
Escisión 209, 259, 342, 347, 355, 356

Esquemas emocionales 112, 453
Estabilidad de 70
Estado anímico negador 70, 145, 155, 172, 202, 318
Estado anímico preocupado 27, 70, 160, 318, 339, 348
Estilos de apego 41, 156, 279, 372, 390
«Estrategia alternativa» 70
Estrategia de apego primaria 160
Estrategia de apego secundaria 160
Estrategia hiperactivadora 150, 161, 162, 326, 327, 331, 332
Estrategias adaptativas 68, 158,
Estrategias atencionales 432
Estrategias de apego y 156
Estrategias desactivadoras 146, 163, 439
Estrés 46, 107, 182, 212, 241, 309, 347, 349, 427
Evaluación 62, 66, 120, 121, 139, 140, 156, 210, 275, 303, 304, 316, 328
Evocaciones 196
Experiencia corporal y 370, 412, 413, 429
Experiencia del yo 30, 96, 106
Experiencia implícita 226, 229, 231, 232, 234, 371, 456, 464
Experiencia no verbal 12, 179, 269
Experiencia preverbal 24, 177, 180, 201, 351
Expresión facial 124, 168, 185, 199, 200, 374, 404, 428, 437

Fenómeno de la base segura 37, 44
Fijación de límites 286, 294, 340, 343, 353
Fijación de límites y 286
Fonagy, Peter 11, 21, 25, 27, 30, 33, 52, 74, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 98, 99, 100, 109, 114, 116, 125, 128, 135, 138, 160, 163, 167, 169, 175, 178, 181, 205, 207, 209, 210, 213, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 224, 225, 238, 248, 249, 252, 272, 274, 288, 289, 339, 341, 342, 345, 347, 365, 412, 433, 437, 442, 463, 464, 465, 466, 467, 469, 471
Funcionamiento cortical 125
Funcionamiento interno 107, 252

Giro relacional 252
Gradación del desarrollo 331, 332

Hesse, Erik 21, 36, 50, 51, 60, 61, 66, 71, 138, 143, 144, 148, 151, 152, 153, 349

Hiperactivación del sistema nervioso parasimpático 418
Hiperactivación del sistema nervioso simpático 202, 418
Hipocampo 121, 122, 123, 181, 182, 348, 351, 357, 427
Humanización del papel 260

Identificación complementaria 380
Identificación proyectiva 197, 198, 200, 271, 353, 355, 358, 386
Identificación proyectiva defensiva 358
Implicación personal del terapeuta 255
Impotencia 47, 109, 306, 321, 327, 328, 329, 330, 331, 335, 336, 337, 339, 344, 347, 353, 363, 435, 448
Improvisación 194, 195, 283, 371
Inclusividad 332
Influencia de las figuras de apego en 163
Influencia recíproca 99, 170, 253, 254, 255, 267, 269
Inhibición 47, 48, 69, 83, 108, 153, 171, 202, 212, 364, 424
Iniciación del paciente en la psicoterapia 296
Iniciativa 52, 96, 143, 186, 196, 271, 291, 292, 294, 298, 334, 350, 449
Inmersión y 214
Ínsula 125, 128, 136, 416
Integración cerebral 130
Intencionalidad 169, 214, 345
Interacciones cocreadas 175
Interacción terapéutica y 314
Intersubjetividad innata 92
Intersubjetividad y 12, 96, 100, 178, 251, 256, 279

Jerarquía cortical 126, 135

Kegan, Robert 239
Klein, Melanie 39, 197, 209

Lectura de la mente 210, 464
Lectura del cuerpo 415
Lyons-Ruth, Karlen 21, 91, 100, 107, 112, 137, 138, 166, 167, 169, 170, 175, 181, 184, 190, 193, 194, 285, 296, 331, 371, 378, 400, 453

Maduración psicológica 239
Main, Mary 11, 21, 25, 27, 33, 36, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64,

65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 84, 86, 99, 112, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 160, 162, 163, 164, 175, 178, 180, 183, 205, 210, 220, 247, 252, 257, 274, 304, 305, 307, 349, 396, 436, 452, 466

Margen de tolerancia 417, 419, 427

Matriz interactiva 103, 276, 400

Meditación 30, 32, 136, 211, 212, 213, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 348, 365, 459, 460, 461

Memoria 31, 68, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 150, 183, 184, 237, 312, 351, 427, 439

Memoria explícita 183, 312, 427

Memoria implícita 183, 184, 237

Memoria procedimental 183

Memoria temprana 183

Memoria visual 126

Mentalización explícita 135, 207, 224, 225, 236, 437, 464

Mentalización implícita 207, 237, 437, 454, 464

Mentalización y atención plena 12, 205, 269, 368, 452

Mente autocreativa 239, 472

Mente autotransformadora 239

Mente corporizada 131

Mente socializada 239

Metacognición 11, 27, 29, 30, 55, 75, 77, 78, 210, 215, 220, 292, 433

Miedos al abandono 331

Modelo funcional interno 56, 57, 58, 59, 63, 68, 74, 84, 110, 184, 193, 234, 252

Modelos funcionales contradictorios 146, 257

Modos de la experiencia 79, 84, 85

Modos de la experiencia y 79

Momento de encuentro 194, 195, 406

Momentos ahora 194

Momentos presentes 194

Monitoreo metacognitivo 74, 76, 77, 141, 142, 154

Mundo representacional 29, 57, 62, 74, 97, 105, 110, 145, 149, 384, 408, 432, 433

Mutuamente regulada 93

Neocórtex 118, 123, 125

Neurobiología del apego 24, 92, 116

Neurociencia afectiva 24

Neutralidad terapéutica 255
Núcleo afectivo 112

Ogden, Thomas 133, 134, 278, 379, 413, 414, 417, 418, 424

Paciente irresoluto 12, 349, 352, 358, 362, 364, 365, 426
Paciente preocupado 12, 325, 326, 327, 332, 334, 335, 337, 339
Pacientes irresolutos 154, 302, 351, 352, 356, 357, 358, 359, 362, 363, 364, 365, 413, 426, 427, 428, 429
Pacientes límite 52, 339
Pacientes negadores 145, 146, 272, 301, 302, 306, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 323, 324, 325, 390
Pacientes preocupados 162, 302, 306, 325, 326, 327, 328, 331, 332, 333, 335, 337, 339, 340, 341, 342, 344, 348, 452
Papel receptivo 265
Pasividad 147, 149, 424
Patrón de ira y caos 339
Patrón de la impotencia 328
Patrón devalutorio 316
Patrones de apego infantil 52
Patrones de comunicación entre el niño y el cuidador 41
Patrones relacionales 109, 384
Patrón idealizador 318
Pensamiento consciente 123, 129
Pérdida y 244, 326, 328
Piaget 57
Posición paranoide-esquizoide 209
Postura mentalizadora 206, 207, 209, 210, 211, 214, 220, 238, 390, 431, 433, 437, 456, 463
Postura reflexiva 25, 27, 28, 29, 30, 178, 223, 248, 294, 431, 433, 434, 454
Postura reflexiva ante la experiencia 25, 28, 30, 454
Preocupación 31, 49, 148, 149, 155, 162, 173, 230, 270, 272, 278, 301, 307, 320, 321, 323, 327, 331, 337, 339, 379, 450
«Preocupación materna primaria» 173
Problemas obsesivos 52
Protección 35, 37, 86, 107, 116, 157, 158, 162, 220, 243, 301, 317, 320
Proyección 18, 97, 154, 215, 341, 374, 375, 416
Pseudoterapia 263,
Psicología bipersonal 252, 385

Psicología budista 18, 28, 29, 247, 459
Psicología unipersonal 252, 256
Psicopatología 18, 52, 83, 90, 251, 388

Razonamiento 26, 66, 123, 152, 153, 272, 304, 307, 349, 454
Receptividad autorreflexiva 261
Receptividad sensible 72, 74, 142, 164, 165, 173, 214, 280, 286, 373
Receptividad sintónica 116, 158, 412
Reconocimiento mutuo 96, 98, 174, 175, 361
Recuerdos emocionales 121, 122
Recuerdos somáticos 113
Redescripción representacional 234, 434
Reflejo contingente 88, 224
Reflejo de los afectos del niño 87
Reflexión 19, 27, 65, 83, 88, 113, 134, 148, 149, 152, 172, 183, 191, 203, 221, 239, 240, 292, 334, 365, 382, 407, 445, 447
«Refugio seguro» 423
«Reglas de apego» 68, 70
Regulación del afecto 86, 88, 114, 125, 164, 202, 432, 453
Regulación emocional 135, 180
Renik, Owen 21, 253, 256, 262, 263, 265, 266, 268, 276, 382, 385, 388, 400
Reparación de una ruptura 289
Representación 27, 33, 62, 75, 84, 92, 110, 111, 113, 127, 128, 139, 306, 341, 439
Representaciones internas 62, 112, 185, 195, 453
Representaciones mentales 25, 42, 56, 57, 75, 85, 111, 123, 124, 139, 208
Representación invariante 127
Resiliencia 25, 46, 52, 77, 111, 114, 165, 283
Resistencia 49, 154, 255, 265, 266, 267, 313, 321, 435, 453, 454, 462
Resistencia y 49, 255
«Resomatización» 429
Respuesta del cuidador 159, 167

«Sabido impensado» 12, 26, 179, 184, 203, 273
Schore, Allan 24, 52, 108, 109, 116, 117, 118, 119, 120, 124, 125, 130, 133, 165, 168, 180, 183, 186, 188, 197, 289, 323, 348, 353, 373, 375, 412
«Seguridad sentida secundaria» 70
«Seguro-con recursos» 141

Seligman, Stephen 22, 100, 198, 468
Shaver, Phillip 21, 28, 111, 146, 149, 154, 155, 160, 163, 373, 374, 375
Siegel, Daniel 28, 30, 50, 67, 108, 109, 110, 116, 117, 122, 123, 124, 128, 130, 132, 133, 141, 161, 167, 169, 184, 205, 220, 288, 349, 373, 396, 412, 417, 419, 426, 430, 454
Simbolización 216, 217
Sintonía afectiva 96, 100, 128, 160, 167, 168, 170
Sintonía del terapeuta 216, 218
Sistema conductual del apego 36, 45, 146, 160
Sistema conductual exploratorio 37
Sistema límbico 118, 120, 123, 124, 129, 136, 237
Sistema nervioso autónomo (sna) 118, 189, 348, 418, 427
Sistema neuronal especular 127, 128, 416
Solomon, Judith 50, 66, 349
Stern, Daniel 93, 94, 95, 96, 100, 101, 106, 108, 110, 167, 169, 174, 175, 184, 193, 194, 234, 246, 253, 258, 271, 272, 364, 395, 396, 400, 406
Sullivan, Harry Stack 257, 358

Teoría de control y dominio 271
Teoría de la mente 78, 79, 80,
Teoría de las relaciones objetuales 111
Teorías relacionales 400
Terapeutas y 243, 371, 372, 395
Terapia dialéctico-conductual 242, 461
Tercero analítico 278, 379
Terminación 298, 302
Terminología 27, 154
«Terror mudo» 182, 424
Test de la «falsa creencia» 215
Transferencia erótica 337, 338, 339
Transmisión intergeneracional de 71, 83
Transmisión intergeneracional de los patrones de apego 71
Trastorno por estrés postraumático (tept) 182
Trauma acumulativo 353
Trauma con t mayúscula 352
Trauma con t minúscula 352, 353
Trauma de la transgresión 399
Trauma relacional 183, 353, 359, 424, 499

Tristeza 143, 151, 199, 226, 231, 273, 301, 314, 315, 332, 336, 377, 378, 380, 415, 423, 448, 449, 450, 451, 453,
Tronco encefálico 118, 119, 120, 121, 123, 124, 158, 175, 237

Vergüenza 115, 310, 398, 402, 415, 442, 462, 468
Vínculo progenitor-hijo 384,
Vínculo terapéutico y 339, 353, 458

Winnicott, d. W. 46, 87, 88, 90, 98, 101, 173, 197, 224

Yo atento 28, 29, 30, 113, 115, 240, 247, 248
Yo emocional 90, 107, 111, 120
Yo reflexivo 29, 91, 113, 114, 129, 167, 220, 223, 226, 238, 240, 247, 248, 334, 345
Yo representacional 110, 111
Yo socialmente construido 257
Yo somático 106, 107, 118, 185, 203

Zona dorsolateral 123

* Este índice corresponde a la versión impresa

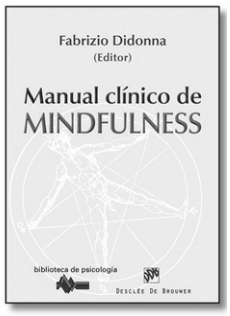


Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas
Modelos y técnicas principales

Isabel Caro Gabalda

ISBN: 978-84-330-2468-8

Este texto se centra en el amplio campo de las psicoterapias cognitivas. El libro es de gran interés para terapeutas en formación o con experiencia en el modelo cognitivo que quieren estar al día en este campo, así como disponer de un manual de uso (teórico y práctico) que integre técnicas y formatos de diversos modelos cognitivos, desde modelos de reestructuración cognitiva a modelos construccionistas en psicoterapias cognitivas. Ampliando esta introducción teórica, se exponen sus principales técnicas, como por ejemplo técnicas de tipo cognitivo, conductual, experiencial, lingüístico y narrativo. Igualmente, se presentan, de forma práctica, las principales formas de evaluación cognitiva de tipo racionalista o de tipo constructivista, sin olvidar cuestiones relativas a la formación de los terapeutas cognitivos, junto a sus características y sus competencias básicas.



Manual clínico de Mindfulness
Fabrizio Didonna (Ed.)

ISBN: 978-84-330-2511-1

"*Este libro se va a convertir en un clásico. Ábralo en cualquier página y encontrará escritos de gran sabiduría y precisión. Con una visión exhaustiva, el Manual Clínico de Mindfulness nos permite ver con claridad cuán convincentes son el arte y la ciencia de la investigación racional cuando se unen*".

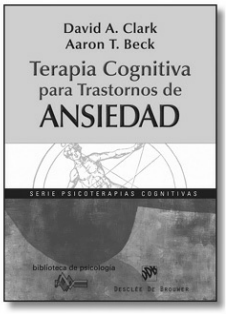
Mark Williams, Ph.D.

En las dos últimas décadas la psicología oriental ha ofrecido un terreno fértil para los terapeutas, como piedra angular, componente o complemento de su trabajo. En concreto, existen estudios que están identificando la práctica budista de Mindfulness como base para intervenciones efectivas en varios trastornos.

El *Manual Clínico de Mindfulness* es una guía que va de la teoría a la práctica, escrita con claridad, y que apunta hacia ese poderoso abordaje terapéutico (además de los conceptos relacionados de meditación, aceptación y compasión) y su potencial para el tratamiento en una serie de problemas psicológicos frecuentes. Sus principales características son:

Revisión neurobiológica de cómo funciona Mindfulness; Estrategias para implicar a los pacientes en la práctica de Mindfulness; Herramientas y técnicas para evaluar Mindfulness; Intervenciones para los trastornos con mayor prevalencia, como depresión, ansiedad y trauma; Capítulos especiales sobre la utilización de Mindfulness en oncología y en dolor crónico; Intervenciones específicas para niños y ancianos; Aplicaciones exclusivas para pacientes internados y Anexo con ejercicios.

El *Manual Clínico de Mindfulness* incluye las contribuciones de algunos de los autores e investigadores más importantes en el campo de las intervenciones basadas en Mindfulness. Interesará a profesionales, investigadores y expertos de la salud mental, y su potencial de aplicación lo convierte en una referencia excelente para estudiantes y aprendices.



Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad
David A. Clark
Aaron T. Beck

ISBN: 978-84-330-2537-1

Durante las dos últimas décadas hemos presenciado un tremendo progreso en el conocimiento y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Los enfoques derivados de la terapia cognitiva, particularmente, han logrado una base sustancial de apoyo empírico. En el presente libro, escrito por una autoridad contemporánea, David A. Clark, y por el pionero de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck, se sintetizan los últimos avances logrados en el campo y se presentan pautas actuales de práctica terapéutica derivadas de los mismos. Otras características que hacen recomendable y manejable el libro son las síntesis, a modo de pequeños manuales, de los cinco principales trastornos de ansiedad, los aspectos clínicos concisos, los casos presentados con todo detalle y más de treinta cuestionarios y formularios que pueden emplearse en la práctica.

En la Primera parte se actualiza el influyente modelo de los trastornos de ansiedad que Beck y sus colaboradores propusieron en 1985. Los autores aclaran las múltiples facetas de la ansiedad maladaptativa y del papel que desempeña la cognición en su desarrollo y mantenimiento. Se revisan cientos de estudios empíricos que examinan las hipótesis del modelo. Sobre esta base se asienta la Segunda parte, que detalla las principales estrategias clínicas cuyo alcance es transdiagnóstico –efectivo y relevante para cualquier tipo de presentación de los síntomas de ansiedad. En esta parte se describen, paso a paso, el modo de dirigir la valoración, de formular los casos individuales y de implementar la reestructuración cognitiva y las intervenciones conductuales. La Tercera parte se centra en los trastornos más prevalentes: el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Los datos específicos de cada trastorno, las conceptualizaciones y los protocolos de tratamiento ofrecen al terapeuta recursos de gran valor para satisfacer las necesidades de cada paciente.

La combinación de la profundidad académica con la utilidad práctica convierte este libro en una referencia esencial para los profesionales e investigadores de la salud mental y en una obra de incalculable valor para seminarios y cursos de psicología clínica, psiquiatría, psicoterapia y asistencia social.



Teoría del apego y psicoterapia
Jeremy Holmes

ISBN: 978-84-330-2313-1

¿Cómo puede facilitar la teoría del apego la práctica psicoterapéutica? En las últimas décadas se ha extendido la aceptación e interés por la teoría del apego. Sin embargo, nunca se ha visto con mucha nitidez la relevancia de la misma para la práctica clínica. Con ayuda del presente libro, el apego se convierte por primera vez en una modalidad terapéutica por sí misma.

En este libro se presenta un nuevo e interesante paradigma del apego para la psicoterapia con adultos, describiendo los principios y la práctica de la terapia basada en el apego de un modo que será útil tanto para los terapeutas experimentados como para los principiantes. Sobre la base de los hallazgos científicos de la teoría e investigación del apego, Jeremy Holmes identifica las áreas en las que opera, incluyendo la base segura, la exploración y el placer, la ira y la protesta y la pérdida. Las técnicas terapéuticas incluyen la aportación de una base segura, métodos de escucha y respuesta, la facilitación de un sentido emergente y la práctica reflexiva. El autor presenta una amplia gama de ejemplos para ilustrar estas técnicas y comenta aspectos como la falta básica, la transmisión intergeneracional de la inseguridad del apego y el trabajo con clientes víctimas de trauma y abusos. Finalmente, considerando la terapia basada en el apego como una variante de las relaciones de objeto, en este libro se propone una aproximación entre el psicoanálisis y la teoría del apego.

Las ideas presentadas en el libro serán de utilidad para los profesionales y estudiantes de Psicoterapia, Psicoanálisis, Psiquiatría, Psicología, Terapia, Asistencia Social y Enfermería.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joceph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. Razón y emoción en Psicoterapia, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD,por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.ª Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer.BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.

55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFICTOS, por Thomas J. D´Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por Mª Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por Mª Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. Trastorno obsesivo compulsivo. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. Expresión facial humana. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. Cómo vencer la ansiedad. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. Constructivismo y psicoterapia, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.

106. estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. enfoques teóricos del trastorno obsesivo-compulsivo, por Ian Jakes.
110. La psicotera de carl rogers. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. Apego adulto, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. entrenamiento abc en relajación. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. el modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica yclínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. terapia familiar de los trastornos neuroconductuales. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. introducción a la psicoterapia de apoyo, por Henry Pinsker.
117. El constructivismo en la psicología educativa, por Tom Revenette.
118. Habilidades de entreVista para psicoterapeutasVol 1. Con ejercicios del profesorVol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. guiones y estrategias en hipnoterapia, por Roger P. Allen.
120. Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. Dolor Crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. Desbordados. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. terapia sistémica de pareja y depresión, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOlogía y pSiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. tratamientos combinados de los trastornos mentales. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. Trastornos delirantes en la vejez, por Miguel Krassoievitch.
135. Eficacia de las terapias en salud mental, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterpia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAs COGNITIVAs, por Isabel Caro Gabalda.
143. tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. El valor del sufrimiento. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. Conciencia, libertad y alienación, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. Hipnosis y estrés. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. Mecanismos asociativos del pensamiento. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José Mª Gondra.
149. La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.

150. Hipnosis segura. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. Psicología positiva aplicada, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.
158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicas principales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por Mª Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.
172. EL APEGO EN PSICOTERAPIA, por David J. Wallin.

Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS
Dirigida por Isabel Caro Gabalda

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.

Índice

Portada interior 2
Créditos 3
Dedicatória 4
Citas 5
Sobre el autor 6
Prólogo 7
Agradecimientos 9
1. El apego y el cambio 11
De Bowlby a la actualidad en la teoría del apego 18
2. Los fundamentos de la teoría del apego 20
3. Mary Main 32
4. Fonagy y otros autores posteriores 47
Vínculos de apego y el desarrollo del yo 62
5. Las múltiples dimensiones del yo 64
6. Las variedades de la experiencia de apego 85
7. Cómo modelan el yo los vínculos de apego 98
De la teoría del apego a la práctica clínica 111
8. La experiencia no verbal y lo «sabido impensado» 113
9. La actitud del yo ante la experiencia 130
10. Hacia una profundización de la dimensión clínica de la teoría del apego 158
Pautas del apego en psicoterapia 178
11. La construcción del crisol del desarrollo 180
12. El paciente negador 195
13. El paciente preocupado 206
14.El paciente irresoluto 221
Perfeccionamiento de la labor clínica 232
15. El ámbito no verbal I 234
16. El ámbito no verbal II 259
17. La mentalización y la atención plena 272
Bibliografía 298
Índice de nombres y términos 317
Otros libros 327
Biblioteca de psicología 331