

EL GUIÓN DE VIDA EN EL CUERPO: LAS DECISIONES SOMÁTICAS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO PARA SU INTERVENCIÓN ¹

1

Mario C. Salvador

RESUMEN

El guión de vida es un grupo complejo de patrones relacionales inconscientes basados en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones de la vida implícitas (aquellas compuestas de reacciones inconscientes para las que todavía no hay lenguaje, capacidad de secuenciación de eventos o pensamiento consciente) y decisiones explícitas formadas bajo estrés en cualquier momento del desarrollo, que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, el mantenimiento de un estado saludable y las maneras de relacionarse con las personas (Erskine, 1986).

Palabras clave: sentido profundo del self, curación del guión, la relación terapéutica en psicoterapia, terapia somatosensorial, guión de vida corporal, memorias implícitas del self.

SCRIPT DE VIE SOMATIQUE: DES DÉCISIONS SOMATIQUES ET DES APPROCHÉS THÉRAPÉUTIQUES POUR SON TRAITEMENT

RÉSUMÉ

Le script de vie est un assemblage complexe de modèles des relations inconscientes fondées sur des réactions physiologiques de survie, des conclusions de la vie implicites (celles qui sont composées de réactions inconscientes pour lesquelles il n'y a pas encore de langage, une capacité de mettre un événement en séquence ou une pensée consciente) et des décisions explicites formées sous le stress dans n'importe quelle étape du développement, qui inhibent la spontanéité et qui limitent la flexibilité pour résoudre des problèmes, le soutien d'un état en santé et les façons de relation avec les autres.

Des mots-clé : un sentiment profond du self, guérison du script de vie. La relation thérapeutique en psychothérapie, la thérapie somatosensorielle, le script de vie corporel, des mémoires implicites du self.

SOMATIC LIFE SCRIPT: SOMATIC DECISIONS AND THERAPEUTIC APPROACH FOR HIS TREATMENT

ABSTRACT

The script system is a complex matrix of unconscious relational patterns based on survival physiological reactions, implicit life conclusions (those compound by unconscious reactions to which we don't have yet language, ability to sequent events or have a conscious thought) and explicit decisions taken under stress whatever phase of our development, and that inhibit our spontaneity and limits the problem solving flexibility, the maintenance of a healthy state and the way we relate with others (Erskine, 1986).

Key words: deep sense of self, script cure, the therapeutic relationship in psychotherapy, somatosensory psychotherapy, somatic life script, self implicit memories.

¹ publicado en la *Rev de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, N° 59, 2º Semestre 2008, pgs 238-247..

Mario C Salvador es Analista Transaccional Docente y Supervisor provisional por EATA-ITAA; Psicoterapeuta Integrativo Docente y Supervisor por la IIPA y Clínico y Consultor en EMDR. Email: msalvador@cop.es

El guión se desarrolla por el niño como medio de afrontar los fallos relacionales con las personas significativas de las que depende y que fracasan repetidamente en dar satisfacción a las necesidades. Habitualmente, estos patrones inconscientes fueron formulados, reforzados y elaborados a lo largo de diferentes edades en el desarrollo de la persona como consecuencia de rupturas y faltas de sintonía en la relación con otros; es decir, se forman a raíz de fallos acumulativos a lo largo de la relación con el otro. Antes de tener lenguaje, el ser humano tiene ya una vasta experiencia de “estar en relación” y de cómo manifestarse para ser respondido, o al no ser respondido. Así, los guiones de vida son sistemas inconscientes de organización psicológica y autorregulación construidos primordialmente como recuerdos o memorias implícitas y expresados a través del malestar fisiológico, escaladas o inhibiciones de las respuestas afectivas y a través de relaciones transferenciales repetitivas que tienen lugar en la vida cotidiana, aquellas que responden a expectativas acerca de la relación con otros.

Como señalé, antes de que el niño tenga lenguaje ya ha aprendido somáticamente un patrón de apego o de estar en relación que está codificado en el cuerpo. Este es un concepto fundamentado por diversos autores en la literatura psicológica. Bowlby (1969) habla de “modelos de apego” (‘working models of attachment’) como representaciones mentales conscientes e inconscientes del self y del otro; la terapia cognitiva (Beck, 1976) de esquemas; Safran (2003) habla de esquemas interpersonales; el análisis transaccional de marco de referencia, creencias de guión acerca del self y del otro; Adler (1929) habla del plan de vida; y la teoría de Daniel Stern de RIGs (1985) presenta las “representaciones de interacciones generalizadas”. Por otra parte, Fosha (2000) encontró el constructo de esquemas como un factor común en las diferentes psicoterapias integradoras.

Estos patrones relacionales inconscientes formados en las etapas tempranas y pre-lingüísticas influyen en las reacciones y expectativas que definen para cada uno de nosotros el mundo en el que vivimos, quienes somos y que podemos esperar de las relaciones personales con los demás. Dicho de otra forma, la auto-identidad es un producto emocional y conductual de la experiencia del self en una relación; en otras palabras, el individuo emerge en una diada. Estos patrones de respuesta, codificados físicamente en los tejidos corporales y la bioquímica, en los afectos como estimulación sub-cortical y de manera cognitiva como creencias, actitudes y valores, conforman una huella que guía la manera en la que vivimos nuestras vidas. Estos patrones o guiones implican complejas y extensas redes de conexiones neuronales compuestas de creencias, afectos, reacciones bioquímicas y fisiológicas que se activan y disparan interconectadas constituyendo estados de la mente (Siegel, 1999ⁱ) o estados del yo tal como los definió Eric Berne (1961).

John Bowlby (1969, 1973, 1980) también refiere extensos patrones de guiones de vida con su descripción del imperativo biológico del vínculo afectivo y físico en la creación de un núcleo visceral a partir del cual emergen todas las

experiencias del self y de los otros. Daniel Stern (1985) señala que el niño desarrolla representaciones generalizadas de como estar con otra persona muy pronto en la vida. La experiencia somática, sensorial, motora y emocional ayuda a esculpir las redes neuronales durante los primeros años hacia un sentido físico del self.

Estos esquemas se desarrollan antes de tener lenguaje. Después del desarrollo del lenguaje los elementos simbólicos se unen con los elementos afectivos, conductuales y fisiológicos de los esquemas. Uno de los conceptos clave y nucleares del análisis transaccional integrador de Erskine (1979) es el concepto de Sistema de guión (Script System). Este modelo describe los diferentes elementos de los esquemas relacionales (cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos). Muestra como las representaciones internas se manifiestan como conductas y como experiencia subjetiva y como se refuerzan los esquemas momento a momento. También explica que experiencias se reprimen debido al mantenimiento de los esquemas defensivos y proporciona una herramienta muy práctica para comprender el sistema de la persona y realizar la terapia. Podemos decir, que el organismo es un sistema complejo que se estructura en base a estados de la mente (estados del yo) que implican patrones de conducta, pensamiento, emociones y reacciones fisiológicas interconectadas que se disparan juntas ante una situación que estimule el patrón.

Los Estados del Yo fijados –estados Niño del Yo- (debido al abuso, la negligencia o la falta de contacto) representan partes reprimidas y defendidas. Cuando los esquemas relacionales se activan experimentamos un estado del yo específico que contiene la experiencia histórica y la vivencia subjetiva asociada a este esquema. Los esquemas relacionales no pueden observarse directamente pero los estados del yo son la manifestación observable de los esquemas relacionales. La clave o estímulo que active un esquema relacional puede ser interna (pensamiento, recuerdos, sensaciones, etc.) o externa (una mirada, un tono de voz, etc.).

Los esquemas relacionales que son el protocolo del guión de vida sirven al objeto de organizar la experiencia y hacer la vida predecible. Un adecuado funcionamiento de nuestras estructuras cerebrales sirve a dos funciones básicas: organizar la experiencia; es decir, darle forma y significado, y asimilar la información y la experiencia actual dentro de lo que ya conocemos. De esta forma, la estructura y la plasticidad para asimilar lo nuevo, nos permiten enfrentar los retos de la vida de manera adaptada a los requerimientos de la situación actual e integrar continuamente nuevos aprendizajes. Pero cuando ha habido experiencias traumáticas, negligencia o estrés severo, estos patrones relacionales se elaboraron como estructuras rígidas en aras a prevenir el dolor; así, el niño que no es respondido adecuadamente por su madre pudo haber cerrado el ciclo de satisfacción de sus necesidades de una manera artificial reprimiendo su dolor, desensibilizándose a sus necesidades (“*mejor no sentiré y no necesitaré de nadie*”) y estableciendo conclusiones tempranas sobre sí mismo (“*soy invisible*”, “*no importo*”). Cuando esta situación es repetidamente así, se convierte en un patrón rígido que no permitirá incorporar experiencias

nuevas y reparadoras porque no son conocidas (“*no merezco que me quiera nadie, no puede ser verdad*”).

La auto-organización del self es diádica, ocurre en la interacción y en la relación entre dos personas- y refleja la manera fundamental en que la mente se autodefine dentro de interacciones interpersonales y procesos neurofisiológicos. En este sentido, es la madre del bebé que funciona como un córtex auxiliar externo para identificar, satisfacer y dar forma a la experiencia interna del niño; de esta forma nos vamos autodefiniendo. En la interacción hay un patrón específico de flujo de energía en el cerebro que crea una red neuronal de activación particular, o estado de la mente. El desarrollo de la mente y del sentido del self se ven afectados por los estados de la mente de una figura de apego (attachment) para ayudar a organizar el funcionamiento de su propio estado interno. El alineamiento y sintonía momentánea de los estados depende de la sensibilidad parental a las señales del niño y permite a la mente del niño tanto regularse en el momento que ocurre como desarrollar capacidades regulatorias que puede emplear en el futuro. Tanto la madre como el niño ajustan el uno al otro los gestos, conductas y sonidos en una suerte de danza y canción lírica (Trevarthen, 1993ⁱⁱ). La disponibilidad, sintonía y organización de la interacciones emocionales de la madre son internalizadas durante este enlace con el niño de hemisferio derecho a hemisferio derecho (Schore, 1994). Este alineamiento de los estados entre dos personas se llama “*Estado de Resonancia Mental*”; implica que cada estado de cada persona influye y es influenciado por el del otro. Los autores del campo de la psicología llaman a este fenómeno interpersonal “*estar en sintonía con el otro*”.

Cuando la madre establece una comunicación cooperativa en sintonía con las necesidades y estímulos internos del niño este puede autodefinirse como “*digno de ser querido y cuidado*”, “*los otros están para mí*”, “*puedo confiar en la vida y pedir*”. Cuando la sintonía fracasa y tiene un carácter acumulativo, tal como puede ocurrir al niño con una madre deprimida, el niño no encuentra a alguien fuera que entienda y responda a su mundo. Al no encontrar satisfacción fuera y, más aún, frustración se retira adentro del sí mismo tratando de encontrar un cierre artificial a sus necesidades: “*no importo*”, “*me bastaré sólo*”, “*retendré mi cuerpo anestesiándolo para no sentir y no necesitar*”. En las etapas tempranas esto ocurre no verbalmente, simplemente el organismo deja de luchar y de demandar ante la falta de una respuesta cooperativa. Estos engramas somatosensoriales son la base del self, el sentido más profundo del yo está en la consciencia somática; hablamos de lo que Bollas (1987) llama “*lo sabido sin pensamiento*” (‘unthought known’), aquellas experiencias que nunca fueron respondidas en sintonía, lo que nunca ocurrió, para formar parte de nuestro mundo íntimo, y nunca pudieron ponerse en palabras. Son experiencias que el paciente no puede relatar porque ni siquiera conoce que hayan existido.ⁱⁱⁱ Cuando el cuidador primario está crónicamente estresado, ansioso o enfadado puede que nunca hayan tenido lugar las interacciones relacionales más importantes de la infancia temprana. Algunos ejemplos de estas interacciones críticas son el contacto ocular con la madre, el empleo del contacto físico para calmar, o el verse reflejado en la cara del padre cuando el niño se siente contento o estresado. Estos fallos continuados en la sintonía y la respuesta a las necesidades evolutivas del niño

se denominan negligencia psicológica. El resultado de esta negligencia se llama por algunos autores en la literatura “trauma acumulativo” (Lourie, 1996; Khan, 1963)^{iv} y por otros “síndrome de estrés postraumático complejo” (Van der Kolk, 1996^v). Khan afirma *“el trauma acumulativo es el resultado de las rupturas en el papel de la madre como un escudo protector a lo largo del curso del desarrollo del niño, desde la infancia a la adolescencia”*. Estos fallos no son en general una elección voluntaria de los padres, suelen ser causados por la ignorancia, el cansancio o la preocupación por otros asuntos en los padres. El niño experimenta entonces de una forma somática y sentida *“mama no tiene tiempo para mí”, “no soy bastante importante”, “hay algo malo en mí por lo que mamá me rechaza, que soy una carga por necesitar”*.

El estado arcaico del yo resulta pues de un estancamiento del crecimiento ligado a la no-satisfacción de necesidades vitales de contacto. Las defensas del niño contra el malestar provocado por esta situación han sido fijadas e incorporadas al yo y esta experiencia no podrá ser plenamente integrada al estado del yo Adulto hasta que estos mecanismos de defensa se disuelvan. Para contravenir esto, hemos de proporcionar a la persona una relación terapéutica en sintonía con los procesos internos del paciente, de manera que proporcione una experiencia nueva de contacto interpersonal que ayude al paciente a conocer e integrar las partes del self que ha tenido que apartar de la consciencia para no sufrir.

Cuando definimos el guión como un plan de vida inconsciente basado en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experimentadas de manera implícita y decisiones explícitas formadas bajo estrés tenemos en cuenta patrones de guión que están formados de memorias explícitas incorporadas e incrustadas en decisiones preconscientes de etapas previas del desarrollo. Asimismo, incluimos el resultado de la organización de memorias implícitas y las maneras inconscientes de relacionarnos con otros (esquemas relacionales), procesos somáticos inconscientes, aspectos inconscientes del trauma agudo y la disociación, los efectos inconscientes de las faltas de sintonía acumulativa y la negligencia, la introyección inconsciente y la organización inconsciente pre-lingüística de los estilos de apego, las necesidades relacionales y la autorregulación. Cada uno de estos aspectos del guión requieren una forma específica de psicoterapia que haga posible que las experiencias inconscientes se hagan conscientes y el facilitar la emergencia de patrones nuevos de pensamiento, sentimientos, procesos somáticos, conductas y formas de contacto interpersonal.

Cada forma de psicoterapia enseña su propia perspectiva acerca de cómo debe entenderse el self. La psicoterapia, al igual que la crianza con los padres, se centra en torno al self del psicoterapeuta (Spence, 1982). En este sentido, los clientes del mismo terapeuta forman una especie de clan, ya que comparten un mundo interno conformado por las metáforas del terapeuta. La terapia no es simplemente reescribir la historia del cliente; es enseñar un método, un proceso de integración, una evaluación y recalibración de la percepción, y un conjunto de principios para la organización futura de la experiencia. En este sentido, la terapia es tanto una forma de reparentalización como el aprendizaje de una estrategia para reeditar el self

Integración del Yo y psicoterapia.

Lo que la mayoría de la gente considera “memoria consciente” está habitualmente compuesta por la memoria explícita – el tipo de recuerdos que son accesibles como imágenes, emociones o voces de lo que ocurrió en el pasado-. Como he señalado, la experiencia que es inconsciente frecuentemente no tiene recuerdos explícitos de un acontecimiento pero se vive como tensiones psicológicas, afectos indiferenciados, anhelos o aversiones, y como patrones de relación pre-lingüísticos y de autorregulación.

El análisis transaccional clásico se centró en explicar el guión como una combinación de mandatos, contramandatos, adaptaciones y protocolos tempranos del desarrollo. Generalmente, la dinámica de tratamiento de estos patrones de guión consistía en la explicación, ilustración, confrontación e interpretación. Los Gouling (1979)^{vi} formularon una manera de tratar las memorias explícitas en la que una escena real de la infancia se recuerda de manera consciente, se identifica el mandato parental y la decisión original del niño y se invita a una redecisión. Los Allen (1977)^{vii} asimismo sugieren los permisos para vivir diferente que ha de proveer el terapeuta para equilibrar o alterar los efectos del guión ya que los permisos proporcionan nuevos recuerdos explícitos de otra persona que está implicada en el bienestar del cliente.

La psicoterapia del guión implica el comprender y validar la individualidad única de la persona (comprender los motivos y las funciones de su comportamiento) así como sus ajustes creativos al entorno (defensas), las maneras adaptativas de afrontar la vida y el resultado de los fallos en el contacto interno e interpersonal.

Los guiones más persistentes y difíciles de modificar no están formados por recuerdos explícitos sino por un compuesto de conclusiones y experiencias implícitas y reacciones somáticas de supervivencia. Estas memorias implícitas no son accesibles a través de la narración verbal de la experiencia vital del paciente, se manifiestan a través de las reacciones corporales, pequeños gestos y micro-movimientos, patrones relacionales no explicables, y la transferencia en la relación terapéutica y en las relaciones cotidianas.

Asimismo, cuando hay estrés y negligencia en la infancia temprana, y es prolongado o extremo, el funcionamiento cerebral y la conducta se organizan en torno al miedo, la rigidez y la evitación de la estimulación y la exploración (Cozolino, 2002)^{viii}. Cuanto más temprano tiene lugar la falta de sintonía, la negligencia y el trauma físico y emocional, más probable es registrar el guión en el cuerpo y no ser directamente accesible a la consciencia y la narración. Estos guiones son fisiológicos –están en el cuerpo- como resultado de reacciones de supervivencia dentro del eje hipotalámico-adrenal-pituitario del cerebro y de la tensión muscular.

Tratar el guión pre-lingüístico requiere del terapeuta observar y centrarse en los procesos somáticos del cliente, e incluso en los micro-movimientos o silencios como expresión de las reacciones fisiológicas de supervivencia. Estos

guiones grabados en el cuerpo requieren una psicoterapia en la que la relación terapéutica ocupa un papel central y que ha de manifestar el respeto, la fiabilidad, y el poder depender de una persona real preocupada, implicada y hábil (Erskine, 1993, 1997)^{ix}. A través de la presencia terapéutica, el terapeuta observa y reconoce las diferentes manifestaciones de la experiencia que está presentando el cliente y su “narración física”. Así el terapeuta conduce la atención del paciente a aspectos inconscientes, tratando de realzar la consciencia, de promover el movimiento frenado en el cuerpo, de estimular las sensaciones físicas para que traigan las memorias asociadas de la experiencia. Como ejemplo, Elena estaba tratando la vergüenza de ser observada por mí y como necesitaba apartar la mirada para que yo no viera algo malo en ella; simultáneamente una y otra vez cogía su falda y trataba de tapar sus rodillas. Al ver este movimiento como algo repetitivo pensé que estaba narrando algo argumental y la invite a realizar el movimiento de manera consciente. Al realizarlo comienza a sentirse más turbada y agitada y empieza a recordar y contar como con 4 años un amigo fraile de la familia venía a casa, la sentaba en sus rodillas y luego le tocaba por debajo de las bragas; ella no podía contarle a su madre porque esta, sabiendo que al fraile le gustaba, le decía que fuese para sus rodillas; tampoco podía contarle a su padre porque también le tocaba. A la edad de 6 años, cuando ella bailaba escucha a su padre decir “esta niña apunta maneras”; lo que ella interpreta como que es una niña sucia y sexual. Posteriormente, cuando la madre y el padre se separan escucha repetidamente a su madre “no necesitamos un hombre, podemos bastarnos solas”. De esta manera Elena fue ocultando su sentimiento de ser inferior como mujer y de que ser sexual era algo sucio y algo que ocultar; no disfrutó en sus relaciones sexuales y fracasó en su matrimonio. La manera de acceder a este aspecto de su guión fue a través de su manifestación física, ya que era algo que ella había “borrado” de su consciencia para no sufrir; sólo sabía que cuando la abrazaba un hombre hoy ella se sentía incómoda.

El neurofisiólogo Allan Schore (1996)^x investiga el papel del cuidador primario en la maduración cerebral y el aprendizaje de la regulación emocional; él afirma que muy pronto después del nacimiento el niño y su cuidador desarrollan un patrón de interacción que es central para el proceso de regulación. Aprenden a estimularse el uno al otro a través del contacto cara a cara, lo que capacita al niño para aclimatarse gradualmente a niveles de estimulación y activación más elevados. Schore (1994)^{xi} define la autorregulación diferenciando entre formas interactivas y no interactivas; describiendo la autorregulación tanto como “*regulación interactiva en un contexto interconectado vía interpersonal*” como “*autorregulación en un contexto autónomo a través de una psicología intrapersonal*”. Tal como observa Schore, (1994) la regulación interactiva del terapeuta sobre los estados del paciente le capacita para empezar a etiquetar verbalmente la experiencia afectiva (y sensomotora). La regulación interactiva proporciona las condiciones para que el paciente pueda contactar de manera segura, describir y regular su experiencia interna. Cuando se ha desarrollado por completo la autorregulación, el paciente puede observar, articular e integrar las reacciones sensomotoras por sí mismo así como emplear las relaciones para autorregularse. Afirma Schore que el terapeuta, al igual que la madre en edades tempranas, funciona como un “córtex auxiliar externo” que identifica y

regula el funcionamiento del niño. El niño es una criatura sub-cortical que registra su experiencia de una manera somatosensorial; su procesamiento cerebral es de abajo-arriba (bottom-up processing) ya que aún no están maduras sus estructuras neocorticales.

En una psicoterapia profunda que persigue la modificación profunda del guión el terapeuta proporciona la relación terapéutica en contacto con el cliente para que este pueda recuperar y reconectarse con su mundo interno de sensaciones, fantasías, pensamientos, experiencias sensomotoras, emociones y pueda recobrar un sentido del self unitario e integrado (Erskine, 1993, 1997, 1999)^{xii}. Ogden y Minton (2000)^{xiii} en su enfoque de psicoterapia sensomotora ayudan al paciente a centrar su atención consciente (mindfulness) sobre la vivencia somática implicando el procesamiento y la dirección neurológica superior-inferior (top-down processing) para apoyar, más que para manejar, el procesamiento de la experiencia; de esta manera, el paciente puede empezar a integrar su recuerdos somáticos de manera neo-cortical. Así, el terapeuta ha de observar los patrones fisiológicos y conductuales que manifiesta el paciente para acceder a la narración somática del guión. Como señalé en una artículo anterior (Salvador, 2006^{xiv}), pedimos al paciente que observe atentamente (mindfulness) o que intensifique la experiencia somática y que siga la secuencia de las sensaciones físicas e impulsos (procesamiento sensomotor) a medida que se producen en el cuerpo. A veces, cuando hay trauma severo y disociación, es necesario que el paciente aparte temporalmente las emociones y pensamientos que vienen, hasta que las sensaciones e impulsos se resuelvan y puedan estabilizarse en el cuerpo. El paciente aprende a observar y seguir las reacciones sensomotoras no asimiladas que fueron activadas en el momento del trauma.

El procesamiento inferior-superior (bottom-up), que invita a simplemente activar y expresar los afectos, dejado a su voluntad no resuelve el trauma, pero si el terapeuta guía al paciente para que emplee la función cognitiva del rastreo y articulación de la experiencia sensomotora, mientras, cuando es necesario, inhibe voluntariamente la consciencia de las emociones, el contenido y el pensamiento interpretativo, el paciente puede asimilar la experiencia sensomotora. Posteriormente, es crucial que se implique la dirección cognitiva para ayudar al paciente a aprender a autorregularse. Para implicar este procesamiento cognitivo del paciente es imperativo que exista una relación terapéutica específica. Como he señalado, de manera similar a la interacción de la madre con el niño, el terapeuta ha de actuar como un “córtex auxiliar” (Diamond y otros, 1963) para el paciente a través de la observación y articulación de su experiencia sensomotora hasta que él sea capaz de apreciar, describir y rastrear estas experiencias por sí mismo. Tal comunicación relacional es un proceso de “regulación psicobiológica interactiva”, que asemeja la sintonía e interacción de la madre con los estados fisiológicos y emocionales del niño (Schore, 1994). En términos de análisis transaccional, el paciente observa con su Adulto la fenomenología de la experiencia psicofisiológica fijada en el estado del yo Niño; la observación es posible cuando el terapeuta mantiene una relación de contacto pleno y presente, transmitiendo protección y comprensión al paciente para que este pueda estar en contacto con su experiencia interna y reintegrar los aspectos del self que fueron apartados de la consciencia.

En una terapia centrada en una relación de contacto (Erskine, 1999) que trabaje con el sistema sensoriomotor la relación terapeuta-paciente sirve para regular y modular el arousal. El terapeuta actúa como alguien que ofrece una relación nueva en la historia del paciente; alguien presente, respetuoso e implicado que protege y sirve de contenedor ayudando a calmarse y a regular la intensidad de sus respuestas afectivas. A través de este proceso se ayuda al paciente a cambiar desde estados de parálisis e hiperarousal a una participación completa en la interacción social.

Tanto en el tratamiento del trauma por estrés agudo como el tratamiento de las conclusiones de guión tomadas a lo largo de la vida del cliente debido a un trauma acumulativo, la terapia de redescisión y la “desconexión de los elásticos” no será suficiente para disolver el sistema de guión. Hemos de proporcionar una terapia relacional continuada y una experiencia terapéutica de contacto continuo en la que el paciente pueda incorporar una figura de cuidados nueva que provea las bases para un sistema de autorregulación actualizado y flexible.

En un análisis transaccional integrador pretendemos la cura del guión en todos sus áreas de funcionamiento: cognitivo, afectivo, conductual y fisiológico. Es sólo a través de un cambio profundo en el mundo Intrapsíquico que el cambio será permanente y estable.

i

Allen, J.R. & Allen, B.A. (1997). A new type of transactional analysis and one versión of script work with ionist sensibility. *Transactional Analysis Journal*, 27, 2, 89-98

ⁱⁱ Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self knowledge* (pp. 121-173). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

ⁱⁱⁱ Bollas, C. (1987) *The shadow of the object: Psicoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia university press.

Cozolino, (2002). *The neuroscience of psychotherapy, building and rebuilding the human brain*. W.W. Norton & Company, Inc. NY

Erskine, R. G. (1993). Inquiry, Attunement and Involvement in the Psychotherapy of Dissociation (La Importancia de la Toma de Datos, la Sintonía y la Implicación en la Psicoterapia de la Disociación). *TAJ*,

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1996, 1997a). Methods of an integrative psychotherapy. In R.G.Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*, pp. 20-36. San Francisco:TA Press.

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1993, 1997b). The process of integrative psychotherapy. In R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles*, pp. 79-95. San Francisco: TA Press.

Erskine, R. G., Moursund, J. P. & Trautmann, R.L (1999). *Beyond Empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Goulding, M.M. & Goulding, R.L. (1979) *Changing Lives Through Redecision Therapy*. Gove Press.

^{iv}Lourie, (1996). Cumulative trauma: the nonproblem solving. *Transactional Analysis Journal*, 26, 276-283

Khan, M.N. (1963) The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.

Ogden, P. & Minton, K. (2000). *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. Traumatology

Salvador, M. (2006). Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origing of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origing of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

v

vi

vii

viii

ix

^xSchore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbito prefrontal cortex and the origing of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87

xi

^{xii}23, 4.

xiii

xiv

Siegel, D. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.

Van der Kolk, B.A. (1996). The body keeps the score. Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. En B. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). Nueva York: Guilford.

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL

Herman, J.L. (1994). *Trauma and Recovery*. Nueva York: Harper & Collins Publishers.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. W.W. Norton & Company, Inc. NY

Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of Adults Abused as Children*. Norton: Professional Book

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers. The psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. Norton: Professional Book

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement, Desensitization and Reprocessing Basic Principle, Protocols and Procedures*, New York: Guildford Press.

Van der Hart, O. Ph.D., Kathy Steele, R.N., M.N., C.S. Suzette Boon, Ph.D. and Paul Brown, M.D. The Treatment of Traumatic Memories: Synthesis, Realization, and Integration. Originally published in *Dissociation*, 1993, 6(2/3), 162-180. Posted at www.trauma-pages.com with permission of the first author (OvdH) and Editor (R. Klufft).

Van der Kolk, B.A. & Ducey, C.P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns. *J Traum Stress*, 2, 259-274.

Van der Kolk, B.A. & Van der Hart, O. (1991) The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.