

DE LO INTERPERSONAL A LO INTRAPERSONAL: UNA MIRADA ENFOCADA PARA EL REPROCESAMIENTO PROFUNDO

Mario C. Salvador¹

Abstract.

El presente artículo expone un modelo de trabajo fundamentado en el uso activo de la relación terapéutica para facilitar el reprocesamiento de la experiencia no metabolizada en la vida del paciente. A través de los métodos relacionales se promueve el acceso al mundo interno del paciente y al despertar de la capacidad de autocuración del cerebro a través de la activación de la función de metarreflexión del córtex prefrontal. Se elabora asimismo el papel del encuadre para facilitar el acceso a la experiencia nuclear y el reprocesamiento del material implícito.

1. DE LA SINTONÍA INTERPERSONAL A LA SINTONÍA INTRAPERSONAL

El uso activo de la sintonía y la presencia del terapeuta es común en todos los enfoques de psicoterapia; no obstante, la emergencia de nuevos modelos de reprocesamiento de la experiencia y la tecnificación a veces nos hacen olvidar su papel central. Según los investigadores Lambert & Barley (2002) y Lambert & Simon (2008), el 30% de lo que influye en los resultados de una psicoterapia pueden atribuirse a lo que ellos denominan factores comunes tales como las cualidades del terapeuta (presencia y empatía) y la relación terapéutica. Muchos años de investigación nos confirman que el ingrediente más importante en la terapia efectiva, no importa el paradigma o el modelo de terapia, es la capacidad empática del terapeuta (Hutterer & Liss, 2006; citados en Badenoch, 2008). Frecuentemente cuando preguntamos a nuestros clientes qué ha sido lo que les ha ayudado en la sesión terapéutica, nos refieren el hecho de que su procesamiento no habría sido tan sanador sino hubiera sido por contar con la presencia activa del terapeuta.

Todo ser humano tiene el anhelo de sentirse comprendido, es un hambre básica que conforma un apego seguro. Cuando nos sentimos comprendidos podemos experimentar que alguien externo a nosotros ve, confirma y da validez a nuestra experiencia en todas sus dimensiones fenomenológicas (cogniciones, afectos, fantasías, conductas...) y contribuye a consolidar la vivencia de sentirnos aceptados tal cual somos.

En una relación terapéutica en sintonía con la experiencia del cliente éste puede ir diluyendo sus defensas hacia el mundo externo y el otro, así como las defensas hacia su propia experiencia dolorosa para poder ir profundizando en un contacto interno más pleno con su propia experiencia de manera que pueda conocerla, interesarse en ella y aceptarla; estos son los requisitos para el reprocesamiento. En definitiva, es a través de una relación terapéutica de profunda sintonía que transmitimos el estar plenamente orientados hacia el otro, a conocer y hacer emerger sus experiencias más repudiadas y disociadas para que estas pueden ser vistas y reconocidas como el intento inteligente y desesperado de sobrevivir a condiciones dolorosas. El objetivo último de la sintonía es facilitar que el cliente pueda entrar en un más profundo contacto con su mundo intra-personal, con aquellos aspectos de su propia experiencia que él mismo tuvo que marginar o apartar de su consciencia y de las relaciones con los demás para protegerse de la crítica, el rechazo e incluso el abuso; en última instancia ir preparando y conduciendo la mente del cliente hacia un modo de autoestudio y autoobservación.

Yo suscribo el poder de autocuración del cerebro y de nuestro sistema; pero para poder despertar y acceder a la capacidad de autocuración, el cerebro ha de haber aflojado sus sistemas de defensa para la supervivencia. Esto es más posible cuando en la relación terapéutica el terapeuta se muestra disponible e implicado en la comprensión y el apoyo a la experiencia del cliente tal y como es.

2. SINTONIA Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

Daniel Siegel en su libro *The Mindful Therapist* define la sintonía de manera magistral en la siguiente cita:

“Sintonía es como enfocamos la atención en los otros y tomamos su esencia en nuestro propio mundo interno... El lado físico de la sintonía interpersonal implica la percepción de señales de los otros que revelan su mundo interno: notando no solo sus palabras sino también sus patrones no-verbales y el flujo de energía e información. Estas señales son los elementos familiares primariamente del hemisferio derecho enviados y recibidos relativos al contacto ocular, la expresión facial, y el tono de voz, la postura y el ritmo y la intensidad de la respuesta. Este lado subjetivo de la sintonía es el auténtico sentido de conexión, de ver a alguien profundamente, de tomar la esencia de esa persona en ese momento. Cuando los otros sienten nuestra sintonía con ellos, experimentan “sentirse sentidos” por nosotros.... La sintonía requiere presencia pero es un proceso de atención enfocada y percepción clara”. (Siegel, 2010, pág. 34)

Por su parte Allan Schore nos ha inspirado a considerar las interacciones emergentes entre el hemisferio derecho del terapeuta y el hemisferio derecho del paciente como una danza que ocurre habitualmente por debajo de nuestra consciencia, y provee el fundamento esencial de la curación. Pensar en la terapia de esta manera nos lleva a la inevitable conclusión de que la salud mental del terapeuta es la piedra angular de la capacidad del terapeuta para ser agente promotor de la integración neurológica de la experiencia del paciente. Consecuentemente, la habilidad para abrazar y manejar la consciencia interna propia y continuamente emergente es la primera responsabilidad del terapeuta. Lo que el terapeuta hace no son tanto técnicas sino una forma de 'estar', ya que el contacto en sintonía de hemisferio derecho a hemisferio derecho es la vía augusta del cambio neurológico (Schore, 2003b)

La vivencia de "ser comprendidos" es exclusivamente relacional, uno se siente comprendido cuando vive al otro presente e interesado en su experiencia, cuando lo experimenta implicado en lo que le ocurre y curioso de saber y comprender. Así pues, sentirse comprendido es algo que ocurre en el proceso de cómo el terapeuta y el cliente co-construyen la relación en el momento, como el terapeuta formula sus indagaciones sobre la experiencia fenomenológica que manifiesta el cliente y esencialmente en el cómo es y cómo está el terapeuta presente. Como bien afirma Siegel (2010), el terapeuta ha de estar atento a toda la narrativa del cliente más allá de las palabras, especialmente a todo el lenguaje emanado por el hemisferio derecho (entonación, gestos, expresión facial, reacciones fisiológicas, posturas y tono emocional, que llamaré 'marcadores emocionales'), todas ellas señales de aspectos de la historia más íntimos y profundos, más corporales, subcorticales e inconscientes. Es así que el terapeuta está en condición de captar la esencia del cliente en ese momento, la historia viva que se está despertando en él en el momento presente ante el terapeuta a medida que expone su problema y activa los esquemas experienciales que algún día fueron conformados para sobrevivir a algo doloroso.

De este modo, sentirse comprendido y en contacto implica más que la lógica y los significados racionales de nuestras palabras. Implica hacer sentir también al otro cómo nos sentimos acerca de sus palabras y sentir que ellos comparten y reverberan con cómo nosotros sentimos (Erskine et al. (1999).

La sintonía comienza con la empatía; es la cualidad relacional dentro de la cual tiene lugar el contacto interpersonal. Y va más allá de la empatía, debido a que implica la respuesta personal profunda del oyente, así como el intento del hablante (Stern, 1985). Es acerca del "entre nosotros", el espacio donde dos personas se encuentran en una clase de consciencia compartida (Tustin, 1986; Bettelheim, 1967, en Erskine 1999).

Por otra parte, la sintonía es un proceso de dos partes. El terapeuta que está en sintonía con el cliente debe primero ser consciente de las sensaciones, los sentimientos, los deseos o significados del cliente. Al mantener tal consciencia el terapeuta debe también comunicar al cliente que él es consciente, que entiende, y desea conformar sus respuestas de acuerdo con ello (Erskine et al, 1999). Una manera de transmitir la consciencia que tiene el terapeuta es a través del proceso de indagación y su manera de estar implicado en la experiencia del cliente es a través del reconocimiento, la validación y la normalización (hablaremos más adelante de esto).

3. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO MARCO SEGURO DE EXPLORACIÓN: LA SINTONÍA, LA PRESENCIA Y LA BURBUJA CURATIVA.

3.1. SOBRE LA SINTONÍA.

Todo cliente trae a la relación con el terapeuta una larga historia de haber estado en relación con sus seres significativos; esta es normalmente una historia cargada de desencuentros, frustraciones y frecuentemente dolor y trauma; así que el cerebro viene programado con un “modo de estar en relación” que pone en acción los “esquemas relacionales” conformados en sus vínculos tempranos. Este “modo de estar en relación”, en los pacientes traumatizados, activa respuestas de supervivencia (esquemas relacionales que portan historias con carga emocional) bien de ‘defenderse de’ o ‘evitar a’. Los clientes vienen a la terapia con esquemas relacionales de apego (que Bowlby, 1969, llamaba Modelos Internos de Trabajo) de anticipar los fracasos relacionales o agresiones ya vividos en sus relaciones previas con cuidadores y educadores. La figura del terapeuta comporta tanto la esperanza de encontrar una relación nueva en la que curarse y desarrollarse, como el disparador de los recuerdos de los fracasos dolorosos en las relaciones previas, esta es la naturaleza de la transferencia. La transferencia implica que el terapeuta actúa como una pantalla para proyectar las historias traumáticas de relaciones anteriores. Así pues, una primera tarea importante en la relación terapéutica es crear seguridad y ayudar al paciente a diferenciar sus reacciones transferidas del pasado de su sentirse en una relación nueva segura y ante alguien presente ahora.

Nuestro cerebro tiene dos modos básicos de funcionar: crecimiento o supervivencia. El cerebro humano es el más dotado y capacitado para aprender, crear y transformar; para ello ha desarrollado áreas cerebrales no presentes en otros mamíferos, especialmente la corteza prefrontal. Puede desarrollar sus máximas capacidades creadoras y de rendimiento óptimo cuando se encuentra en una condición segura. Tal como expone sabiamente la

teoría polivagal de Porges (2001), en los mamíferos la seguridad se provee esencialmente en las relaciones con los congéneres, nuestra neurocepción capta subcorticalmente si el otro es seguro o peligroso. Así pues, la primera tarea básica a conseguir en la relación terapéutica es crear una vivencia de seguridad. Esta se crea principalmente adoptando una actitud de aceptación radical de la experiencia del otro tal y como es elaborando intervenciones que no impliquen preconcepciones de la experiencia del cliente, ni juicios ni definiciones. Solo en esta aceptación radical el sistema de defensas del cliente puede captar que la relación es segura y relajarse, esta es la esencia de la sintonía en una relación.

La sintonía relacional tiene varios propósitos:

- *Construir un nuevo contexto relacional de seguridad e implicación en el otro* que ayude a diferenciar esta relación nueva (alguien presente, disponible y seguro) del esquema relacional pasado cargado de dolor, frustración y/o trauma.
- Ayudar al cliente en *acceder a áreas más profundas de su experiencia interna* y mantenerse en contacto con ella.
- *Co-construir el espacio terapéutico como un espacio de sanación*, en el que se cuenta con el terapeuta como guía, regulador emocional externo y co-constructor de un marco que actúe como sostén de la experiencia dolorosa del paciente, lo que llamaré “burbuja curativa”.
- Fomentar en *el cliente* el estar asimismo *presente en su propia experiencia*. A través de la sintonía interpersonal y la aceptación radical de toda experiencia facilitamos que el paciente entre en una actitud de sintonía y presencia en su propia experiencia, colocándose en un estado de mindfulness y autocompasión que le ayude a apropiarse de su experiencia.

En el marco interpersonal de seguridad, el sistema del cliente puede aflojar las defensas y acceder al modo de autocuración. Cuando los sistemas de supervivencia ya no tienen que estar activos respondiendo a una percepción de peligro exterior, el cerebro puede volver su atención sobre sí mismo y simplemente escuchar y abrazar compasivamente la experiencia tal como es. En concordancia con la teoría polivagal de Stephen Porges (2001) los caminos neuronales del apoyo y la conducta social son compartidos con los caminos neuronales que sostienen la salud, el crecimiento y la curación.

En el proceso de la sintonía, el terapeuta simplemente sigue el proceso del cliente por donde de manera natural fluye. Solo un sentido de seguridad y estabilidad en la relación terapéutica puede permitir al cliente ir hacia lugares que le asustan, disolver su negación, y, si es necesario, acceder a los recuerdos traumáticos o memorias fundantes para recuperar las partes perdidas de sí mismo (Guntrip, 1971; en Erskine 1999).

Por otro lado, la sintonía ha de ocurrir a muchos niveles. Excede las posibilidades de este artículo extenderse en ellas pero quiero señalar algunos de ellos.

3.1. ALGUNOS NIVELES DE SINTONÍA:

- **Nivel cognitivo.** Se refiere a lo que el cliente está pensando y al contenido de sus expresiones; implica atender a la lógica del paciente, el proceso de enlazar conceptos juntos, el tipo de razonamiento del cliente para tratar de construir significado. No sólo importa lo que está pensando sino cómo lo está pensando. El terapeuta ha de estar atento y escuchar el significado subyacente en las palabras, a los elementos organizadores de la experiencia que se han fraguado lingüísticamente. Estos son ventanas de entrada a la experiencia más profunda; por ejemplo cuando el cliente expresa conclusiones tales como *“no hay espacio para mí”, “nada para dar”, “nunca esperan por mí”, “para que llorar, si no se consigue nada”*.... Estas expresiones son puertas de acceso a una historia antigua; el terapeuta ha de preguntarse y preguntar cosas tales como ¿“cuando era verdad que llorar no servía para nada?”, ¿“cómo y quienes no esperaban por él?”. Emplear las mismas palabras que el cliente refuerza la sintonía.

- **Nivel afectivo.** Aquí hemos de ser sensibles tanto a la intensidad como a la cualidad del afecto. El cliente que siente miedo necesita que el terapeuta provea seguridad, cuando se siente tristeza la cualidad de la respuesta sintónica del terapeuta es la compasión y nutrición. Si lo que el cliente manifiesta es rabia o enfado espera del terapeuta que le escuche y le tome en serio; y si lo que siente es alegría la respuesta en resonancia es compartir de manera lúdica.

- **Nivel de desarrollo.** Es frecuente en la sesión que el cliente pase de una vivencia subjetiva más asociada a su experiencia reciente pero que en algún momento haya conexión y acceso a momentos del desarrollo más antiguos. El terapeuta ha de ser sensible y responder al nivel de desarrollo en el que se esté viviendo el cliente. Ha de aprender a desarrollar una visión doble y la habilidad de elaborar un lenguaje para el niño que se está reactivando, al tiempo que un lenguaje para sostener la consciencia del observador. Expresiones tales como *“escucha lo que ese niño de 5 años que estaba siendo pegado por su padre necesita expresarte y que tu conozcas”, “dale permiso para que pueda expresarte todo lo que está guardado en esas sensaciones corporales”, “pregúntale al niño que necesita de ti ahora”,* pretenden mantener ‘la consciencia dual’ de un Observador en el adulto que ahora escucha con empatía y presencia el Yo Experiencial -la parte niño- que se está manifestando y que cristalizó una manera de sentir, pensar y actuar. Con ello el terapeuta sostiene el procesa-

miento y un nuevo vínculo interno del cliente relacionándose de manera aceptadora y sin juicio con su propia experiencia. Esto promueve el reprocesamiento y la reappropriación de lo que fue dividido o negado.

La sintonía con el nivel de desarrollo se manifiesta especialmente en la elección de palabras, el tono de voz, la expresión facial y los gestos que emplea; este es el lenguaje del hemisferio derecho y son los elementos fisiológicos que despiertan el sistema de involu-cración social que sabiamente describe la teoría polivagal de Porges (2001). Cuando el terapeuta está atento a las claves no verbales del cliente puede encontrar las fórmulas para ayudar al cliente a conectar más profundamente con su experiencia.

3.2. SOBRE LA PRESENCIA:

Así como la indagación (de la que hablaremos más adelante) es una habilidad entrenable con la práctica y el aprendizaje, al igual que la sintonía (aunque ésta está determinada por la actitud y capacidad emocional del terapeuta), la presencia requiere habilidad por supuesto, pero es más una cuestión de actitud, de ser y estar. La indagación trata de lo que el terapeuta hace, la presencia versa sobre cómo el terapeuta es y está. Como se es terapéu-ticamente significa estar plenamente presente, en contacto pleno, una persona ordinaria con sus necesidades y defectos y todo el bagaje que le hace una persona real, mientras todavía es un terapeuta que está con y para el cliente (Buber, 1958; en Erskine 1999 pag 83). A la vez, la presencia es requisito para entrar en sintonía.

Es en la relación con alguien que pueda ofrecer una actitud de presencia plena y segura que el otro puede tomar el coraje de mirar su mundo interior, de atreverse a conocer lo que en la soledad del dolor no quiere ni puede mirar, porque se siente sostenido por alguien que está. Entonces, su cerebro puede dirigir sus procesos atencionales y autosanadores al mundo interno o intra-personal, hacia sí mismo. La presencia amable, compasiva y sin agenda del terapeuta siembra y sostiene un encuadre en el que el paciente puede mirarse a sí mismo con la misma compasión y amabilidad para hacerse amigo de su experiencia. Es en la experiencia de contacto con la propia experiencia que la persona puede reappropriarse de lo que siempre fue suyo, aceptando y escuchando la historia largamente enterrada, ne-gada y/o rechazada, de ‘poseer’ y ‘habitar’ su experiencia pero a la vez diferenciarse de ella y transformarla en una manera adaptativa.

D. Siegel (2007/2010) dice de la presencia:

La presencia es la atención desnuda a la amplitud receptiva de la mente” (pág. 160). Es el estado mental que se da con todas las dimensiones de la función reflexiva; es la cualidad de nuestra disposición a recibir lo que sea que el otro traiga, a sentir nuestra propia participación en la interacción y a ser conscientes de nuestra propia conciencia... nos vemos en los ojos del otro, y cuando ese reflejo es sintónico, sentimos nuestro verdadero yo” (pág. 250).

De una manera parecida a la práctica del budismo Zen, es sólo cuando nos vaciamos de nosotros mismos, de nuestros conceptos del yo, cuando la claridad cristalina de la naturaleza del ser del otro puede ser realmente vista. Cuando nos vaciamos de nuestros propios asuntos, de conceptos, juicios y necesidades creamos un espacio limpio interno que puede ser llenado e impactado por la experiencia del otro. La presencia significa poner a un lado nuestras propias necesidades, nuestra vulnerabilidad y nuestras propias heridas y ser capaces de tocar el dolor y las partes repudiadas del otro. Si estamos muy llenos de nosotros mismos no hay espacio para el otro, no hay curación (Hycner & Jacobs, 1995, pág. 49). Desde aquí creamos un espacio para que la naturaleza divina y espiritual emerja (Hycner, 1993).

El terapeuta que está presente e implicado se da cuenta de la experiencia del cliente y resuena con ella; esta resonancia es una comunicación inconsciente entre ambos, que mezclada con la sintonía sirve de guía al proceso de indagación (Bollas, 1987; citado en Erskine 1999).

Como terapeutas, hemos de preparar nuestras mentes para sostener la experiencia completa del otro, esto se convierte en el aspecto más importante de la formación de un terapeuta.

Cuando deseamos que la experiencia del otro cambie, habitualmente promovemos una resistencia sutil a lo que realmente es, a lo que es ahora, a lo que puede llamarse ‘Presencia Incondicional’: la capacidad de encontrar la experiencia de una manera completa y directa, sin haber sido filtrada por los conceptos de lo que debe ser o por un plan de acción.

La indagación, la sintonía y la presencia son los aspectos con los que se construye la relación terapéutica; con ellos se va construyendo una relación verdadera e íntima, una relación en la que hay apoyo, interés y cuidado hacia el otro.

3.2.1. PRINCIPIOS PARA ESTAR EN LA PRESENCIA EN SINTONÍA

- **La incertidumbre.** Estar en sintonía requiere el asumir que no sabemos nada sobre la experiencia del otro. Aun cuando creamos compartir una experiencia o haberla visto antes en otro, ésta siempre es única e irrepetible. La experiencia de cada uno es inherentemente conformada por la experiencia previa que la persona ha tenido con el mundo y su modo de percibirla, y esto es siempre diferente a la de cualquier otro. El terapeuta ha de sentirse cómodo en sentarse en la incertidumbre del no saber y así estar abierto a presenciar el significado único de la experiencia del otro. Por otro lado, asumir la incertidumbre –no saber- permite dejar el espacio libre y limpio de toda suposición y todo concepto sobre el otro para que su experiencia lo ocupe y esta se vaya definiendo a medida que emerge y es presenciada tanto por El Observador Amoroso del cliente como por el terapeuta presente, compasivo y aceptador de las cosas tal como son y tal como vienen. En este proceso de despertar de la experiencia esta se puede completar, transformar y consolidar en un nuevo significado adaptativo.

- **No violencia.** Es un principio que completa al anterior. Ron Kurtz elaboró con elegancia toda una filosofía y principios de no violencia en la terapia.

Es violento todo aquello que se impone al cliente o en su experiencia y que no le pertenece. Los juicios, planes, consejos, exclusiones de cualquier tipo, la arrogancia de la que hacen gala tantos terapeutas y personas que creen saber lo que es mejor para el otro o lo que le pasa al otro, son todas formas de violencia y cada una de ellas promueve defensas en la otra persona. Pero el incluir, el dar poder, y el respeto, dan a los demás espacio para hacer lo que quieran y para ser lo que quieran, sin necesidad de cambiar eso (Kurtz, 1990, pag 103).

Si el terapeuta, u otro, necesita ayudar para sentirse competente, o impone su idea de lo que significa ayudar, bloquea al cliente en la posibilidad de descubrir dentro de su propia experiencia lo que su dolor expresa y lo que necesita o le es útil para llevar una vida más plena y feliz.

Hay dos factores que facilitan el que el terapeuta pueda estar en una presencia en sintonía con la experiencia del cliente:

- a) El terapeuta debe renunciar a toda intención de cambiar los pensamientos, creencias, sentimientos o conductas del cliente. Esto implica que ha de colocarse en plena presencia, con interés, curiosidad y empatía para sostener el que la experiencia del cliente tenga lugar y vaya al fondo. El terapeuta ha de mantenerse paciente y

ecuánime para que el cambio y la transformación provengan y emerjan del propio impulso y ‘momentum’ del cliente. Yo digo a mis alumnos “*no necesitéis nada de vuestros clientes*” refiriéndome a que el terapeuta no ha de necesitar que su cliente cambie o se cure; la cura vendrá por sí misma. La mayor parte de nuestros pacientes, y nosotros, venimos de relaciones parentales donde nos proyectaban sus deseos y necesidades, y por supervivencia hemos tenido que adaptarnos a ellos. La relación terapéutica ha de estar limpia de los deseos del terapeuta.

- b) La atención del terapeuta debe estar completamente disponible como requisito para ofrecer respuestas de sintonía óptima. La mente y atención del terapeuta ha de estar plenamente puesta en lo que ocurre en el momento presente con su cliente, y entre él y el cliente. Esto incluye lo que está ocurriendo en el terapeuta mismo como reacción o respuesta al cliente.

Asimismo, para crear la vivencia de mutualidad, de estar juntos en la tarea, necesitamos disponer de algunos fundamentos internos que apoyen una continua conexión mutua (Badenoch, 2008):

- a) El terapeuta ha de comprometerse profundamente a ir al mundo interno del paciente no importa lo doloroso que sea. Esto dependerá del nivel de consciencia y curación que el terapeuta tenga de su propio dolor. Si el terapeuta bloquea sus propias áreas de dolor no podrá acompañar el del paciente.
 - b) El terapeuta necesita sentirse a gusto facilitando reconfortamiento al paciente. El apoyo y reconfortamiento puede transmitirse de muchas formas: en la mirada, la postura, el ritmo respiratorio, los ojos húmedos, el tono de voz o simplemente a través de un profundo sentimiento interno de estar, confiar y tener esperanza. El paciente –su niño interno– busca todavía la fuente de esperanza y nutrición en alguien externo, así que el terapeuta ha de sentirse a gusto en atravesar, a veces, un período de necesaria dependencia emocional por parte del niño interno del paciente. La curación profunda y la buena terapia han de ayudar al paciente a situar su centro de identidad en una dimensión de sí mismo que puede ser un estable proveedor de auto-apoyo, comprensión, bienestar; y auto-curación. El sentido del sí mismo ya no dependerá más de cómo otros nos traten coyunturalmente, sino que estará basado en un sólido sentido interno de valía.
- Un tercer fundamento esencial es la habilidad del terapeuta de seguir y acompañar los movimientos internos del paciente. El terapeuta ha de ‘escuchar’ no sólo lo que el paciente narra en su narración verbal, sino también y fundamentalmente lo que

está narrando con todo su cuerpo, en las manifestaciones fisiológicas más sutiles. Esta narrativa corporal y fisiológica es la que cuenta la historia del dolor largamente repudiado, que trató de olvidarse o negarse para sobrevivir, pero que lucha incesantemente por salir a la superficie y revelar su verdad a alguien que la acoja y la valide. La mente 'limpia de sí misma' del terapeuta prepara una especie de santuario interno para recibir la historia de dolor del paciente.

- Por último, el terapeuta ha de abrazar a la persona del paciente en su totalidad, no solo en sus aspectos cognitivos y emocionales, sino también en su faceta e inquietudes espirituales. Estas inquietudes pueden estar adscritas o no a una religión particular, o simplemente puede reflejar una búsqueda profunda del sentido y propósito en la vida.

Empleando palabras de David Grand, descubridor del Brainspotting, el paciente es la cabeza del cometa, su cerebro sigue la ruta que la experiencia necesita seguir para transformarse, el terapeuta sólo es la cola del cometa y lo sigue allá a donde va (Grand, 2013 pag 59). Esta analogía trata de transmitir cómo el terapeuta ha de seguir la experiencia del paciente tal y como es, acompañarla y ayudar a que el proceso se sostenga dentro de 'la ventana de tolerancia'. Ayudando a que la experiencia se exprese en un marco seguro, ésta tomará un camino transformador.

3. SOBRE EL MARCO RELACIONAL: LA BURBUJA CURATIVA.

En el marco de la relación terapéutica segura se conforma un marco relacional que constituye un ambiente sostenedor –en palabras de Winnicott (1992). Bion (1962) emplea el término de “*contención*” para describir como el cuidador primario provee un ambiente psicológico que promueve las capacidades de autorregulación del niño. A través de la ‘contención’ y ‘el ambiente sostenedor’ la madre es capaz de sostener al niño, tanto literalmente como en su mente, de manera tal que demuestra su reconocimiento de los estados fisiológicos y afectivos y también su habilidad para manejarlos de manera efectiva. En la misma manera el terapeuta ofrece la necesaria contención y sostén para que el cliente pueda procesar sus emociones intensas. El córtex orbitofrontal es responsable de captar la cualidad de lo que ocurre en el mundo interpersonal del cliente, y al “leer” el estado fisiológico de calma y presencia del terapeuta puede a su vez influir en la regulación emocional del cerebro subcortical, ya que el córtex orbitofrontal tiene conexiones anatómicas directas con el cerebro subcortical y ayuda en la autorregulación.

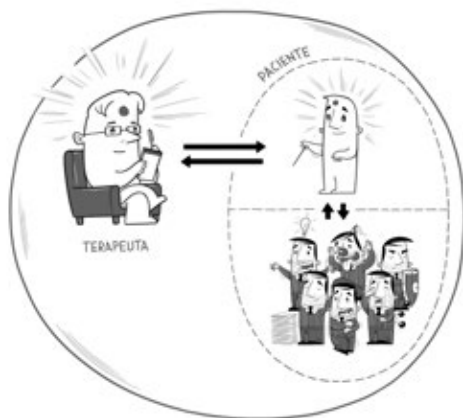


fig 1

Yo llamo a este marco relacional “la burbuja curativa” (fig 1) del espacio terapéutico. En esta “burbuja curativa” el cerebro subcortical del paciente ya no tiene que estar pendiente ni encargarse de la supervivencia ya que al no percibir al otro –al terapeuta- como alguien potencialmente peligroso o amenazante, ahora simplemente puede sostener la calma (activación parasimpática social en términos de Porges) y la mirada introspectiva curiosa y respetuosa.

En esta Burbuja Curativa el terapeuta, una vez establecida la relación en sintonía y en su estado de presencia limpia, sin agendas ni deseos, sostiene el marco relacional para que el cliente pueda despertar la capacidad de autocuración de su cerebro para volverse sobre sí mismo: para observar su mundo experiencial o las diferentes partes de su personalidad; ahora el ‘yo experiencial’ puede contar la verdad de su historia largamente guardada en el cuerpo en el lenguaje de sensaciones, imágenes, emociones y creencias limitantes. La labor del terapeuta es ayudar a que el cliente a partir de aquí pueda mantenerse en su propio Observador Amoroso, desde el cual puede acoger y abrazar su propia experiencia tal cual es. Yo llamo a este Observador Amoroso el ‘Yo Esencial’, ya que es la dimensión del yo que ha estado siempre presente en cada uno de nosotros, ya antes de tener cualquier experiencia y siempre más allá de cualquier experiencia que hayamos vivido. El Yo Esencial es inmutable, no tiene conceptos y su naturaleza es esencialmente no juzgadora, presente y compasiva. En la medida que el terapeuta se mantiene en su Yo Esencial sostiene la capacidad

del cliente de permanecer en su propio Yo Esencial. En esta fase el terapeuta ya no ha de emplear la indagación para volver al cliente a la dimensión interpersonal sino promover e invitar a que el cliente desde su Yo Esencial observe, presencie y se relacione con la historia que se desvela para poder reapropiarse de ella de nuevo y habitarla de una manera nueva y transformada. Se crea así y se sostiene un nuevo vínculo interno amistoso y amoroso del cliente con su experiencia y/o con sus distintas partes del yo implicadas en la supervivencia.

Las intervenciones del terapeuta en esta fase de reprocesamiento han de ser fórmulas que ayuden a mantener el contacto y la relación interna, sin añadir nada: *“abrazo lo que expresan esas lágrimas y observa lo que dicen”*, *“invita a esa sensación te entregue lo que guarda”*, *“enfoca tu atención en eso y veamos que te trae o a donde te lleva”*

Cuando la experiencia puede expresarse de abajo-arriba, o sea tal como fue registrada en su naturaleza implícita y procedimental –sin conceptos– se manifiesta en su naturaleza analógica, sin trabas, tal como fue vivida para revelar la verdad que durante tiempo tuvo que estar inhibida. En este proceso la experiencia que fue desapropiada, repudiada, negada y disociada puede revelarse, desarrollarse hasta completarse, acabarse, transformarse y consolidarse de una manera nueva.

3.1 EL SILENCIO COMO APOYO DE LA PRESENCIA EN LA BURBUJA CURATIVA

Crear el espacio del silencio es el complemento necesario para sostener la mirada interna y la relación del Yo Esencial con el Yo Experiencial. El terapeuta ha de crear y sostener el silencio para que el cerebro del paciente pueda orientar su mirada al mundo interno y emplear sus capacidades de regulación y curación. Este silencio es un silencio estructurado, ya que tiene una tarea y una dirección, y es acompañado por la presencia del terapeuta. El silencio estructurado es la condición para que la experiencia se revele, exprese lo vivido en el contexto en que fue vivido mientras es observado y acogido en una relación interna íntima y compasiva. El silencio estructurado, efectivo, contiene: una organización explícita (está facilitado en un momento apropiado), contiene una tarea explícita (está enfocado hacia algo), incluye una invitación tanto a experimentar como a observar algún aspecto significativo del asunto que está siendo tratado.

Diana Fosha (2008) citando a Gendlin afirma que ayudando a nuestros clientes a trabajar en el silencio, expandimos su capacidad para estar con las emociones, y para empezar a confiar en que “cada sentimiento doloroso es energía potencial hacia un modo más verdadero de ser si le damos espacio para moverse hacia lo verdadero. Él sabe la dirección... tan seguro como cuando tú sabes cómo colocar una foto que está torcida... no hay ningun-

na posibilidad de que la coloques en una posición equivocada. Hay un sentido de lo que es correcto”. Procesar emociones intensas hasta su completamiento describe un ‘*arco de transformación*’ (Fosha, 2005); este va desde a) las defensas en contra de, y la ansiedad y vergüenza acerca de, al sentido de ser tanto criaturas como seres divinos, hacia b) la vivencia de lo sentido en el cuerpo, lo subcortical, y hasta c) la divinidad; esto es lo que llamo el Yo Esencial, donde a través de un sentido de lo sagrado y lo efectivo, nos volvemos más profundamente humanos y nos convertimos en lo mejor de nosotros mismos.

4. MÉTODOS ACTIVOS DE LA SINTONIA Y LA IMPLICACIÓN DEL TERAPEUTA: LA INDAGACIÓN, LA IMPLICACIÓN Y EL ENCUADRE.

Como afirma Siegel en la cita anterior, la sintonía requiere presencia pero es además un proceso de atención enfocada y percepción clara. Dicho de otro modo, para que pueda darse la sintonía el oyente (terapeuta, cuidador, amigo...) ha de estar en un estado del ser de presencia (estar disponible), pero además ha de poner en marcha acciones que transmitan y confirmen el estar comprendiendo e involucrado. En este apartado voy a elaborar los procesos activos de la sintonía: la indagación (ser detective), la observación enfocada y el acceso a las puertas de entrada a la experiencia profunda del cliente, la formulación del encuadre o marco experiencial, la implicación del terapeuta; y la actitud del ser del terapeuta que está en presencia.

EL OJO DE LA CERRADURA DE LOS METODOS EN LA RELACIÓN TERAPEUTICA



fig 2. Adaptado de Erskine et al., 1999

En el gráfico de arriba se incluyen los métodos activos basados en la indagación de la experiencia así como las intervenciones basadas en la manera de ser y estar el terapeuta (la implicación), y el encuadre que formula y sostiene el terapeuta para facilitar el procesamiento. La sintonía y la presencia (estar para el otro sin juicios) han de envolver y arropar cualquiera de las intervenciones, tanto la una como la otra ha de estar ocurriendo durante todo el proceso, la una apoya a la otra. Cualquiera sea la intervención del terapeuta no podrá ser efectiva si no está hecha en sintonía con lo que está viviendo el cliente y desde un estado de presencia.

4.1. EL TERAPEUTA COMO DETECTIVE: LA INDAGACIÓN.

Parte del trabajo activo del terapeuta es elaborar una investigación amplia de la experiencia y las dificultades que refiere el cliente. El terapeuta “hace una tarea de detective” para ayudar al cerebro del cliente a clarificar la naturaleza de la dificultad, encontrar su raíz y el contexto en el que fue adaptativo e ir elaborando el encuadre que exponga el esquema organizador de la experiencia dolorosa o limitadora.

La indagación es un instrumento poderoso en manos del terapeuta para impulsar el proceso de sanación. Es a través de la indagación respetuosa que el terapeuta ayuda a que el cerebro del cliente profundice en la naturaleza del problema, la búsqueda de su raíz y el impulso a su resolución. La indagación motiva al cerebro a volverse sobre sí mismo –cuando está dirigida al proceso intrapsíquico- y a despertar la capacidad de reflexión o meta-reflexión: el cerebro que se observa a sí mismo. Es a través de la indagación en sintonía y en una relación terapéutica que vamos ayudando a que la mente del cliente vaya adoptando un enfoque de auto-estudio. Esto es, el estado de mindfulness o presencia plena del cliente en su propia experiencia, sin juicio, sin expectativas ni presupuestos o definiciones sobre la experiencia. El propósito último de la indagación es ayudar al cliente a entrar en contacto más íntimo y amistoso con su experiencia, y desarrollar un sentido de curiosidad natural por conocerse y aceptarse.

El propósito de la indagación no es obtener información sino promover el proceso mismo de reflexión y mirada interna y en perspectiva hacia el mundo fenomenológico-experiencial intrapsíquico del cliente; ya que nuestro sistema de vida en piloto automático nos entrena a funcionar de un modo más habitualmente reactivo hacia el mundo exterior y no da tiempo al proceso meta-reflexivo. Se centra esencialmente en los significados internos de la historia más que en los detalles externos, investiga de manera enfocada y consistente sobre lo que subyace debajo y más allá de lo externo y social.

4.1.1- LA FUNCIÓN DE ESTA INDAGACIÓN HA DE SER:

- Co-construir la experiencia de ser entendido, en la que se vive que hay alguien presente y disponible que muestra interés y curiosidad genuina en comprender nuestra vivencia subjetiva y que honra la inteligencia de nuestro cerebro subcortical para ayudarnos a sobrevivir. Una de las creencias nucleares de toda experiencia traumática es *“estoy solo, no hay nadie para mí. Nadie me comprende”*. El que ahora –en un esquema relacional nuevo y presente- haya alguien que está para el cliente crea una experiencia nueva que activa una red neuronal alternativa a la del trauma. Nuestra tarea es sostener esta experiencia simultáneamente a la otra para que como afirmó Hebb (1949) “neuronas que se activan juntas se conectan juntas” y se promueva el cambio.

- Ayudar al cliente a entrar en contacto más íntimo y profundo con su experiencia y encontrar los aspectos que limitan su comportamiento actual; esto es, poder acceder al contexto histórico en el que organizó el esquema de la emoción-creencia-acción en orden a sobrevivir una situación dolorosa. En esta tarea se está involucrando, a nivel neurológico, la corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL) y el hipocampo para ubicar el contexto y el significado original en el que el esquema organizador de la experiencia fue creado y en el que fue adaptativo para sobrevivir a una situación adversa. El poder acceder al contexto ayuda asimismo a crear una distancia y diferenciación entre presente y pasado. Además, el saber que sea lo que sea lo que esté ocurriendo ya tuvo lugar y tuvo un final, hace que la mayoría de las experiencias sean tolerables (van der Kolk, 2015, pag 75). Como sabemos, la naturaleza de las experiencias traumáticas es que quedan registradas atemporalmente y fuera del contexto, así que el ayudar a encontrar y situar el contexto donde los mecanismos de supervivencia fueron conformados es una tarea esencial para ayudar a crear una consciencia Dual: Un yo que observa desde el hoy a un yo que sufrió en el pasado.

- Sostener la regulación emocional del cliente. Nuestro córtex orbitofrontal entre otras muchas funciones se ocupa de lo que ocurre en el mundo interpersonal y está directamente implicado en la regulación emocional. Como afirma Schore (1994), la regulación empieza siendo biológicamente interactiva para llegar a ser biológicamente autónoma. La relación terapéutica en sintonía y contacto con la experiencia actúa como un marco sostenedor de la intensidad emocional de la experiencia del paciente, que siente que no está solo en el horror. Así es capaz de mantener activada su corteza prefrontal y mantener su autorregulación para facilitar un procesamiento eficaz de la experiencia antigua. Asociar sensaciones internas intensas con la sensación de seguridad, el confort y el dominio [que provee la presencia de otro presente y calmo] es la base de la autorregulación, la autorrelajación y el

autocuidado (van der Kolk, 2015, pag 127). La postura de la neurobiología interpersonal, a la hora de explicar cómo nuestras vidas sociales contribuyen al bienestar, considera que la integración neural es el resultado de haber establecido relaciones sintónicas (Siegel, 2007 pág. 55)

4.1.2. METODOLOGÍA DE LA INDAGACIÓN

La indagación efectiva ayuda a la persona a obtener sus respuestas únicas invitándole a mirar en lugares y maneras que nunca había considerado (o atrevido) por sí misma. Por otro lado, el objetivo de la indagación no es para que el terapeuta obtenga una respuesta, sino que esencialmente es para que el cliente las encuentre, se reapropie y habite las partes de su experiencia que había disociado, negado o repudiado.

Una de las razones por las que la indagación misma forma parte de la curación es que está hecha dentro de una relación auténtica entre el terapeuta y el cliente; esta provee el contexto seguro en el que el cliente se puede descubrir, conocer y sanar a sí mismo.

En la indagación en sintonía no hay ninguna agenda oculta en el terapeuta, este está abierto a lo que emerge por sí mismo. Cada intervención del terapeuta estará basada en la respuesta que el cliente ha dado a la anterior. Así es un proceso co-construido e impredecible.

La indagación (ver fig 2) empieza con la investigación de la experiencia subjetiva fenomenológica del cliente en las dificultades y circunstancias en las que vive. Puede ser objeto de esta indagación tanto los aspectos cognitivos (creencias, fantasías, expectativas, esperanzas...), como los emocionales y las reacciones fisiológicas, que portan la historia viva que se está manifestando ahora mismo. Es especialmente relevante –ya que son las señales de la historia viva- que el terapeuta observe y rastree la experiencia fisiológica que se está manifestando en el cliente: sutiles reacciones físicas, cambios en la coloración de la piel, un nuevo patrón de respiración, posturas significativas... En el modo de indagar el terapeuta ha de ser sutil, amable y elegante. Este mantiene una mirada abierta y sin conceptos, señalando lo que observa sin atribuir significados ni interpretar (*“tu puño apretándose parece estar expresando algo”, “en el momento que decías ‘no importa’ aparecieron lágrimas en tus ojos, escucha lo que te están expresando”, etc.*). De esta manera, el terapeuta simplemente ayuda a que los procesos atencionales del cliente incluyan en su campo de observación aspectos de la narrativa que emergen pero no están aún en el ámbito de la escucha consciente.

De la investigación de cómo vive el cliente sus circunstancias en algún momento puede hacerse un puente o conexión a la historia, al cómo, dónde y con quien el cliente empezó a sentir lo que siente o a fraguar su creencia dolorosa. El momento oportuno y en sintonía

puede venir dado por la manifestación de algún ‘marcador emocional’ de la experiencia traumática; estos son ‘ventanas de entrada’ al ‘material nuclear’. Estos ‘marcadores emocionales’ pueden ser creencias dolorosas y limitadoras (ej. *“mi padre siempre me decía que no valgo nada”*, *“nunca nadie esperaba por mí”*, *“en mi familia nunca se hablaba”*,...), gestos que se expresan como patrones o hábitos (un hombro que se levanta crónicamente, un cuerpo que se somete, una mano que agarra la silla,...) o reacciones fisiológicas espontáneas. Todas ellas son ventanas de entrada a la historia antigua, son puentes afectivos activos para llegar a las experiencias fundantes del esquema organizador, las escenas tempranas que fraguaron la manera de sentir y percibir.

En la indagación histórica pueden salir a la luz los mecanismos de supervivencia y las decisiones tomadas para seguir adelante (*“tengo que bastarme por mí mismo”*, *“mejor no sentir y necesitar”*, *“no volveré a confiar”*, *“no hay amor para mí en el mundo”*). En toda esta indagación se habrá hecho manifiesto el contexto original y la manera extraordinaria en la que el niño, adolescente o adulto del cliente tuvo que manejarse en una situación dolorosa. En este proceso se irá conformando y esclareciendo el esquema organizador experiencial (creencia-emoción-decisiones-vivencia somática). Al tiempo que se va ayudando al cliente a situarse en su dimensión observadora, amorosa y comprensiva de cómo siendo aquel niño, adolescente o joven se desempeñó para sobrevivir.

Por su parte, la presencia se manifiesta activamente a través de tres intervenciones fundamentales:

- Reconocimiento. Este transmite al cliente que somos conscientes de su proceso de pensamiento, sus sentimientos y necesidades, y de que estos son vistos y nos importan. El terapeuta se hace presente al reconocer la experiencia del cliente: *“estamos los dos aquí, hombro con hombro”*. La manera de mostrar que el terapeuta es consciente de algún aspecto experiencial del paciente puede ser un simple señalamiento tal como *“veo que esto te duele”*, o *“veo tus lágrimas”*; u otras veces un comentario del tipo *“eso es triste”* o un compasivo *“Uau!”* después de algo doloroso, o con una expresión no verbal o un gesto. Este señalamiento solo pretende que el foco de la atención del cliente repare en lo señalado como una manera de aumentar la observación y el enfoque con curiosidad.
- Validación. Es un tipo especial de reconocimiento, implica reconocer la importancia o que la experiencia del cliente es algo significativo (Wolf, 1988; Kohut, 1977; en Erskine p 91). Va más allá, buscando el desvelar el propósito subyacente de lo que se manifiesta, la razón o el motivo detrás de la conducta o la creencia que justifica

los sentimientos. La validación transmite al cliente que le tomamos en serio. Ayuda al cliente asimismo a interesarse en los motivos y propósitos de su experiencia. Es particularmente útil cuando se expresan defensas o partes que tiene miedo a expresar, confiar, o sentir. En la validación transmitimos que hay un motivo adaptativo (*“no sentir tiene un propósito, ¿qué temes pueda ocurrir si sientes?”*; o *“no confiar es una manera de protegerte de que el otro te dañe. ¿Qué anticipas cómo dañino del otro?”*, o en el extracto de terapia más abajo *“veamos un poco más como es estar en esa depresión”*). Con la validación se invita a enfocar, dar tiempo y crear espacio para que la experiencia se exprese al tiempo que es observada.

- Normalización. La mayoría de los clientes vienen a terapia con un profundo sentimiento de inadecuación y de vergüenza por como son o como manejan sus vidas. El propósito de la normalización es contrarrestar los sentimientos de autodenigración y transmitir al cliente que sus conductas y sentimientos tuvieron un sentido y fueron normales en un contexto que era anormal, que fue la manera inteligente que encontró un niño o un adulto vulnerable en una situación dolorosa. Todo cliente era una persona normal que tuvo que tratar con dificultades anormales. A veces puede transmitirse con una información psicoeducativa de cómo responde el cerebro ante situaciones de amenaza: *“paralizarse y quedarse sin habla es como nuestro cerebro antiguo nos protege de llamar la atención de quien nos amenaza y evitar un mal mayor”* o un *“eso fue muy inteligente para un niño de solo 5 años”*.

Con el reconocimiento, la validación y la normalización el terapeuta manifiesta de manera activa su presencia e implicación y realza la sintonía con el cliente. El proceso conducirá a elaborar el encuadre que sirva a enfocar en la experiencia profunda y sostener una mirada interna auto-aceptadora.

5. EL ENCUADRE, ‘LA ÓPTICA PARA MIRAR EN EL CEREBRO PROFUNDO

Un papel esencial del terapeuta para promover un proceso de curación profunda es la formulación de un encuadre que facilite al cerebro un marco en el que sostener el proceso. El encuadre ha de estar formulado en base a la escucha atenta de los ‘esquemas organizadores’ y los ‘marcadores emocionales’ que el terapeuta escucha en su escucha abierta y selectiva. Para aclaración de los lectores vamos a definir primeramente los conceptos que empleo.

En la teoría social el encuadre es un esquema de interpretación, una colección de eventos y estereotipos, que los individuos emplean para entender y responder a los eventos. En otras palabras, permite a la persona interpretar la realidad y reaccionar ante ella. Asumo

la propuesta del psicoanalista José Bleger (1967) que define el encuadre como un conjunto de constantes, lo que él llama el no-proceso, y frente a eso, coexistiendo, estaría el proceso, que sería lo móvil y lo variable. El encuadre como sostén constante va a operar como fondo sobre el cual emergerá, la figura, o sea todo lo que tiene que ver con lo móvil, lo variable y el proceso.

La función del encuadre es básicamente la de organizar y estar al servicio del procesamiento; esta función es de sostén y de contención a la manera de lo que debe ser las constantes que brinda una madre para el crecimiento de su hijo (de cuidado, de protección), las cuales permiten que el yo del niño se desarrolle ya que está, alberga y contiene, pero también sostiene los límites, contiene y limita las emociones intensas que se pudieran presentar durante el proceso. El encuadre se ofrece como un marco que brinda seguridad psicológica.

Los “organizadores” constituyen esquemas subyacentes que organizan (en el sentido en que se habla de organizadores en embriología) el comportamiento de un grupo y, por ejemplo, orientan la elección y las decisiones. En el ámbito de la psicología René Spitz (1954; 1957) utiliza el término “organizador” por analogía con su antecedente embriológico y lo define como el resultado de la integración completa, es decir, la formación de una nueva estructura psíquica sobre un nivel de complejidad más elevado. Por ejemplo, el paciente puede organizar su experiencia en determinadas vivencias con un denominador común de impotencia, abandono, desamparo... o en torno a su esperanza o recursos de salir de una situación, por ejemplo un recurso de libertad y tranquilidad. Estos organizadores sirven así para clasificar y organizar aquellas experiencias que comparten una cualidad emocional similar.

Empleo el término “marcador emocional” en base al término de marcador somático (Damasio, 1994), que propone que la toma de decisiones es un proceso guiado por señales emocionales relacionadas con la homeostasis, las emociones y los sentimientos. Los marcadores emocionales en este modelo se refieren a aquellos indicios del material nuclear: la vivencia fenomenológica que tuvo lugar en las experiencias antiguas que condujeron a la elaboración de las decisiones y conclusiones limitadoras, y las sensaciones físicas y las emociones dolorosas asociadas. El terapeuta podrá escuchar en el relato del paciente estos marcadores que determinan no solo sus maneras de percibir sino también impulsan sus decisiones y acciones en el manejo de su situación actual. Podemos escuchar las reminiscencias de la historia antigua en creencias tales como “*llorar no sirve para nada*”, “*nadie está para mí*”, etc. (que hablan de un contexto en el que esto era una realidad y lo

que la persona concluyó para manejarla), asimismo podemos observar patrones de gestos (por ej. taparse las piernas con la falda reiteradamente como marcador de cuando en un tiempo temprano alguien tocaba sexualmente a la cliente), patrones de conducta tales como aislarse y no pedir, podemos observar los marcadores de reacciones fisiológicas que contienen el relato somático de lo vivido en el contexto pasado, o incluso el lenguaje de partes o estados del yo diferenciados (ej. *“una parte de mi siente miedo a...”*).

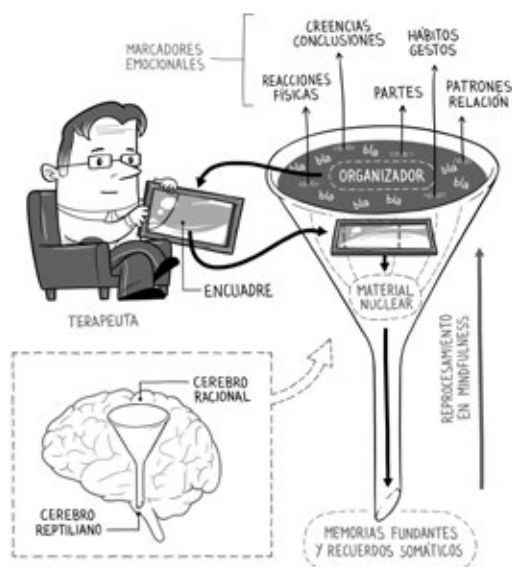


Fig. 3

Desarrollando el modelo de la fig. 3, el encuadre hace referencia a como el terapeuta, en algún momento del proceso de indagación, puede detectar el esquema organizador que conforma la forma de percibir, pensar y sentir que el cliente experimenta en sus circunstancias o situación actual.

Una paciente expresa su dolor por no haber conseguido dar a luz a sus hijos en parto natural y su lucha por ‘ser una buena madre’. En un momento de la sesión, la paciente refiere que no haber tenido una madre suficientemente buena fue lo que aglutinó sus acciones para su determinación a ‘ser una buena madre’ (‘organizador’). En la narración

verbal y no verbal la clienta va expresando su manera de percibir y vivir el problema y sus acciones en la vida actual para ser buena madre. Su narración está envuelta de muchos matices y palabras que describen lo que experimenta (su *“bla, bla, bla”*). A veces el *“bla, bla, bla”* también es un distractor del material más doloroso; y en cualquier caso, es la explicación que la mente consciente y el cerebro racional se ha dado acerca del problema. El terapeuta ha de desarrollar una escucha muy abierta, atenta pero selectiva para detectar los ‘organizadores’, o los ‘esquemas relacionales’ en torno a los cuales están conformados los patrones de percepción-emoción-experiencia somática-conducta. Estos organizadores se conformaron en las experiencias relacionales tempranas que fueron causa de dolor y/o trauma. En la narración del problema en algún momento emergerán aspectos del material antiguo del sistema profundo y subcortical del cliente –‘marcadores emocionales’–, estos asoman entre los contenidos de su narración. Estos “marcadores” emergentes revelan ‘aspectos del material nuclear’ y podrán actuar como ‘ventanas de entrada’ a la experiencia profunda. Podemos escuchar conclusiones tales como la *“imposibilidad de atenderme”*, *“no hay espacio para mí”*, *“llorar no sirve de nada”*.... Los marcadores emergentes que dan intensidad al relato son manifestaciones de la historia antigua aún viva en el cerebro subcortical y el cuerpo del cliente. El terapeuta observando y señalando estos marcadores emocionales ayuda a que el cerebro del cliente se enfoque y busque el contexto de la historia temprana, la memoria fundante (*“cuando yo nací mi madre estaba deprimida, estresada y no tenía nada para dar”*) no actualizada, y acceda al ‘material nuclear’ que influye la manera de vivir en el contexto actual (la lucha por ser buena madre). El terapeuta al detectar estos marcadores emocionales y los ‘organizadores’ puede ofrecer un ‘encuadre’ (terapeuta: *“parece que ser buena madre es todo un asunto en tu vida”*) por el que mirar en el nivel más profundo, al tiempo que el cerebro pueda situarse en un modo de autoestudio y auto-observación compasiva (mindfulness) y pueda sostener y enfocar la mirada interna en la experiencia dolorosa en un estado de autorregulación en el que es posible el reprocesamiento y la curación. El encuadre actúa pues como la ‘mirilla’ o ‘ventana’ con la que ayudar al cerebro del cliente a enfocar e ir al fondo –actuando como un embudo que va reduciendo su foco para ser cada vez más concentrado–, acceder al material nuclear y a las experiencias fundantes y al contexto histórico; y al mismo tiempo actúa de sostén y de contenedor al procesamiento de manera que la persona se mantenga observando lo que llega desde el mundo subcortical y somático. Ahora el cliente puede mantenerse más fácilmente en un estado de consciencia dual (el Yo que Observa y el Yo Observado) en el que el cerebro subcortical y el cuerpo cuentan la verdad largamente retenida.

Al elaborar un encuadre apropiado facilitamos que el cerebro pueda procesar el ‘material nuclear’ que compone la vivencia (las conclusiones limitadoras, las creencias, las emociones que responden a las necesidades frustradas, la experiencia corporal que la acompaña, las decisiones de supervivencia). El cliente ahora está en condiciones de acoger y procesar la historia que cuenta su cuerpo en su lenguaje de sensaciones, emociones, imágenes, conclusiones y decisiones de la manera en que sobrevivió. Este es el proceso que sostiene un espacio para la autocuración (que he llamado ‘La Burbuja Curativa’). El espacio en el que la historia no metabolizada se despierta y comienza a contarse en un modo secuencial: inicio, desarrollo de la trama, desenlace y resolución. Esta historia va desde el contacto y la historia de las defensas hacia el acceso y la descarga de la historia dolorosa de nuestra naturaleza vulnerable y hasta llegar a la emergencia y vivencia de nuestras cualidades naturales de alegría, creatividad, amor, libertad, espontaneidad, coraje.... Es en este contar y descargar la historia enterrada que ocurre el proceso de transformación que supone el reprocesamiento: la historia ahora acogida y aceptada por la dimensión del Yo Observador (Yo Esencial) que se apropia y habita su propia experiencia de una manera nueva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BADENOCH, B. (2008). *Being a Brain-wise therapist. A practical guide to interpersonal neurobiology*. W. Norton & Company: New York.
- BLEGER, J.. Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. In: Bleger, José. *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1967. p. 237-50. (Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicopatología, 42). Lo: B615s, 1967
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books.
- DAMASIO, A. R. (2004). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica. (Orig. 1994).
- ERSKINE, R.G., MOURSUND, J.P., & TRAUTMANN, R.L. (1999). *Beyond Empathy: A Therapy of Contact in Relationship*. Brunner/Mazel, Philadelphia, PA.
- GELLER, S.M. & GREENBERG, L.S. (2012). *Therapeutic Presence. A Mindful approach to effective therapy*. Published by American Psychological Association: Washington.
- GRAND, D. (2013). *Brainspotting: The Revolutionary New Therapy for Rapid and Effective Change*. Sounds True Inc.
- HEBB, D.O. (1949). *The Organization of Behavior*. Wiley, ed., New York.
- HUTTERER, J. & LISS, M. (2006). Cognitive development, memory, trauma, treatment: An integration of psychoanalytic and behavioral Concepts in Light of current neuroscience research. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatric Annals*, 374, 236-241.

-
- KURTZ, R. (1990). *Body-centered psychotherapy: The Hakomi Method*. Mendicino: LifeRhythm.
 - LAMBERT, M.J. & BARLEY, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.17-32). New York, NY: Oxford University Press.
 - LAMBERT, M.J. & SIMON, W. (2008). The therapeutic relationship: Central and Essentials in psychotherapy outcome. In S.F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and therapeutic relationship* (pp. 19-33). New York, NY: Guilford Press.
 - PORGES, S.W. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology* 42 (2001) 123 146
 - SIEGEL, D. J. (2007). *The Mindful Brain*. Norton & Company. New York. London.
 - SIEGEL, D. J. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company
 - SPITZ, R.A. (1957). *No y sí: sobre la génesis de comunicación humana*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional.
 - STERN, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Karnac Books
 - VAN DER KOLK (2014). *The body keeps th escore: brain, mind and body in the healing of trauma*. Viking Penguin.

¹ Mario Salvador es PTSTA (Prov Trainer and Supervisor Transactional Analyst), Trainer y Supervisor en Psicoterapia Integrativa y Trainer y Supervisor en Brainspotting, Clínico en EMDR. Email: msalvador@aleces.com; www.aleces.com