

ENSAYO

ALGUNAS POSIBILIDADES DEL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO RELACIONAL CON EL CUERPO Y LA CORPORALIDAD

(Rev GPU 2008; 4; 4: 440-453)

André Sassenfeld¹

En contribuciones anteriores he intentado comenzar a articular un marco conceptual general para comprender teórica y clínicamente el cuerpo y la corporalidad desde una perspectiva relacional (Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b). Este marco de referencia integra conceptos provenientes de campos de investigación contemporáneos que incluyen la teoría del apego y la investigación de infantes, el psicoanálisis relacional, la psicoterapia corporal, y el neuropsicoanálisis y la neurobiología interpersonal. En estos trabajos previos he buscado clarificar en especial los contornos teóricos de una comprensión relacional del cuerpo (2007a), algunos aspectos de la relación entre interacción temprana e interacción terapéutica (2007b), la importancia de los procesos implícitos y explícitos de lectura corporal en la psicoterapia (2008a) y, también, la relación entre las defensas, la corporalidad y el desarrollo temprano (2008b). Por otro lado, he explorado algunos posibles mecanismos neurobiológicos involucrados en los procesos implícitos de interacción (2008c). En este artículo pretendo ofrecer algunas reflexiones teóricas y clínicas que, basándose en el marco de referencia formulado con anterioridad, apuntan en la dirección de sistematizar diferentes formas de trabajar psicoterapéuticamente con el cuerpo y la corporalidad desde un punto de vista relacional. En otras palabras, deseo explicitar algunas formas específicas en las que los cuerpos de paciente y terapeuta están entrelazados con la relación que establecen, y ofrecer algunas reflexiones en torno a cómo pueden ser abordadas en términos clínicos.

¹ Psicólogo clínico. Docente U. de Chile, U. del Pacífico y U. del Desarrollo. Contacto: asjorquera@hotmail.com, www.sassenfeld.cl

CUERPO RELACIONAL, VÍNCULO TERAPÉUTICO Y CAMBIO

En el mundo de la psicología profunda, el énfasis en la importancia del cuerpo es —a excepción de contribuciones históricas fundamentales como las de Groddeck, Ferenczi, Schilder, Reich, Alexander y otros— una novedad. Aunque en términos teóricos el cuerpo recibió atención desde el “Proyecto de una psicología científica” de Freud y los *Estudios sobre la histeria* de Freud y Breuer, en términos clínicos fue en gran medida marginado e ignorado (Sassenfeld, 2007a; Totton, 2002). Su relevancia empezó a quedar un poco más clara desde que Bion interpersonalizara el concepto intrapsíquico de la identificación proyectiva como fantasía inconsciente formulado originalmente por Melanie Klein y, con ello, rescatara que las reacciones somáticas subjetivas del psicoterapeuta guardan una estrecha relación con la experiencia subjetiva del paciente y pueden proporcionar elementos significativos para entenderla en profundidad. Así, surgieron nociones más específicas como la *contratransferencia somática* que, dando cuenta de algunas de las respuestas corporales de los terapeutas respecto de sus pacientes, se insertó en un contexto profesional más amplio que comenzó a valorar la contratransferencia como herramienta clínica útil a partir de la década de 1960. Desde un inicio, entonces, parece haber existido una vinculación particular entre el cuerpo, sus reacciones y la relación terapéutica.

Sin embargo, la radical revaloración de la corporalidad de la que hemos sido testigos en las últimas décadas debe una gran parte al surgimiento y la sistematización de la teoría del apego y la investigación de las interacciones tempranas entre infantes y cuidadores primarios. En muchos sentidos, tales estudios son exploraciones detalladas de las intrincadas micro-coreografías no-verbales que pueden observarse cuando dos seres humanos se relacionan. Por lo tanto, los investigadores del apego y la interacción temprana tuvieron que lograr algo que los psicoterapeutas corporales llevaban algún tiempo haciendo y desarrollando en su trabajo clínico: afinar los sentidos (en especial ojos y oídos) con la finalidad de poder comenzar a percibir los micro-detalles y matices expresivos involucrados en la tremenda complejidad de una interacción entre dos personas. Por supuesto, en esta tarea se vieron apoyados de modo importante por la accesibilidad de la tecnología de video. Una cosa que Reich (1949), el padre de las psicoterapias corporales, enfatizó adicionalmente es la necesidad de desarrollar de modo paralelo otro sentido más, a saber, la percepción de las propias reacciones somáticas y afectivas, a veces llamada interocepción. Dicho en

otras palabras, para leer el lenguaje corporal de otros resulta esencial ser capaz de leer el impacto del lenguaje corporal de otros en nuestro propio cuerpo, una circunstancia que la neurobiología relacional ha puesto al descubierto recientemente en su propio campo de investigación. El descubrimiento del sistema de neuronas espejo representa, de hecho, uno de los sustratos neuronales de los procesos mencionados.

Los investigadores de infantes han subrayado algo que es de relevancia fundamental para los psicoterapeutas. Hasta hace no tanto tiempo, en el psicoanálisis y la psicología profunda ha imperado la idea de que el cuerpo y los fenómenos ligados con él remiten necesariamente a las etapas más tempranas del desarrollo de la personalidad. Por ejemplo, que un paciente evoque en su terapeuta una reacción somática tiende a ser interpretado como indicador de un origen más temprano o de un mayor nivel de gravedad de la psicopatología. En suma, se entiende como una incapacidad para simbolizar psíquicamente sus estados internos que, al no contar con otra vía de representación, recurren a la corporalidad para manifestarse. En cambio, los estudios de las interacciones en los primeros años de vida nos han permitido tomar conciencia de que la dimensión no-verbal —que ha resurgido en el plano conceptual como dimensión *implícita*— existe y determina en gran medida las relaciones humanas a lo largo de todo el ciclo vital. Y, en este contexto, los psicoterapeutas continuamente experimentan reacciones corporales respecto de sus pacientes —sólo que muchos de estos fenómenos transcurren en la dimensión implícita de la relación terapéutica y, por ende, de forma en amplia medida no consciente, no verbal y no simbólica. En la denominada dimensión relacional implícita, tanto terapeuta como paciente están de manera constante percibiendo e interpretando el lenguaje corporal del otro, sacando conclusiones acerca de las intenciones y afectos que comunica y ajustando sus respuestas verbales y no-verbales en función de tales conclusiones (BCPSG, 2002, 2005, 2007; Sassenfeld, 2008a). En un trabajo anterior llamé a este proceso *lectura corporal implícita* para diferenciarlo de la lectura corporal explícita, que ocurre de modo intencional y consciente y que constituye una importante herramienta clínica en las psicoterapias corporales y también para muchos terapeutas que más intuitivamente toman en consideración el lenguaje corporal del paciente.

Por otro lado, los investigadores de infantes han destacado algo que también en el psicoanálisis relacional ha sido integrado: la interacción entre dos personas es radicalmente recíproca, esto es, implica radicalmente a dos personas. Una conceptualización de la

interacción como ésta significa, desde el punto de vista clínico, que la pretendida neutralidad es un artefacto teórico. Muchos teóricos relacionales reconocen en la actualidad que el terapeuta está personalmente implicado en la relación con el paciente y, más allá, que resulta casi inevitable que se involucre de forma no intencional e inconsciente en interacciones que al menos en parte repiten patrones relacionales propios de la historia vincular de ambos en combinación. Pareciera que, en general, antes de tomar conciencia y explicitar una dinámica interactiva el psicoterapeuta actúa y pone en escena lo que le gusta o no (Renik, 1993), de modo que la interacción es inter-acción en el pleno sentido de la expresión. Así, nos encontramos frente a una concepción global de un cuerpo relacional, es decir, de cuerpos y reacciones somáticas que están completamente insertas y determinadas por los contextos intersubjetivos en los cuales surgen y son experimentadas (Sassenfeld, 2007a; Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow, Atwood & Orange, 2002). Una experiencia corporal implica, por así decirlo, una experiencia relacional y viceversa. No hay cuerpo sin vínculo, ni vínculo sin cuerpo. Gracias a esta concepción, en la práctica clínica los cuerpos de paciente y terapeuta y las respuestas corporales que ambos experimentan de modo consciente-explicito y de modo no consciente-implícito pasan a ser de enorme relevancia.

El cuerpo nos conduce no sólo a la dinámica presente de la relación terapéutica sino, además, a la historia relacional de paciente y terapeuta. Como hoy sabemos, los aspectos centrales y más determinantes de nuestra historia relacional temprana quedan codificados en el llamado *conocimiento relacional implícito*, un conocimiento que es no consciente y al mismo tiempo no-verbal (BCPSG, 2002, 2005, 2007; Lyons-Ruth, 1999; Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b). De hecho, el conocimiento relacional implícito se expresa directa y específicamente a través de procesos no-verbales. Desde esta perspectiva, muchas acciones del paciente no son formas de no recordar, como Freud supuso en algún momento; más bien, *son* recuerdos que no son conscientes aunque no están psicodinámicamente excluidos de la conciencia. Son memorias de naturaleza implícita o aprendizajes somáticos-afectivos que, en términos clínicos, requieren ser comprendidos en base a dos contextos complementarios: un contexto relacional histórico vinculado con su origen y un contexto relacional presente vinculado con su intencionalidad específica al vínculo en el cual surge. El primer contexto aclara en cuáles y en qué tipo de relaciones una cierta tendencia relacional implícita fue adquirida y desarrollada; el segundo contexto posibilita una comprensión

del lenguaje no-verbal del paciente en cuanto a su función en un vínculo actual con un otro significativo.

Ambos contextos, a su vez, guardan relación con dos tipos distintos de mecanismos de cambio psicoterapéutico: el primero da cuenta del conocido mecanismo de hacer consciente algo inconsciente y de reconstruir la historia temprana; el segundo puede incluir lo dicho, pero asimismo abre la posibilidad de generar una significativa y transformadora “experiencia relacional correctiva” (Wallin, 2007) implícita en la cual el paciente puede tener una vivencia contraria a su conocimiento relacional implícito histórico (Fosshage, 2003, 2005). Una experiencia relacional correctiva de esta naturaleza permite al paciente ampliar, complejizar y diferenciar su conocimiento relacional implícito. Desde este punto de vista, la psicoterapia exitosa reorganiza tanto aspectos centrales de la dimensión explícita como aspectos centrales de la dimensión implícita. Es decir, la psicoterapia no sólo crea nuevas ideas y reformula ideas antiguas sino que a través de mecanismos implícitos además modifica la relación terapéutica implícita y, en consecuencia, los patrones no-verbales corporales de vinculación existentes entre paciente y terapeuta. Según Lyons-Ruth (1999), podemos considerar que aspectos fundamentales de la acción terapéutica transcurren en el nivel vincular implícito sin ser nunca explicitados y verbalizados. Más en general, los aprendizajes complejos en la adultez tienden a involucrar procesos de carácter implícito.

Knoblauch (1996) piensa que estos mecanismos implícitos no corresponden al efecto de una intervención clínica en particular sino a una secuencia determinada de momentos interactivos que configura el campo relacional de cierta forma, y que es co-construida por paciente y terapeuta. Las transformaciones de la dimensión implícita se producen en micro-momentos o pequeñas secuencias relacionales no-verbales mutuamente construidas. En otras palabras, los mecanismos implícitos están relacionados con el surgimiento de novedosos procedimientos para estar con el otro en el seno de la interacción psicoterapéutica. Comentando uno de sus casos, Knoblauch asevera que “en parte mediante intercambios verbales, pero en mayor medida mediante intercambios no hablados en modalidades no-verbales de comunicación, habíamos aprendido a transformar una escena antigua en una escena nueva” (p. 327) –un patrón no-verbal implícito de vinculación se amplió y transformó en una posibilidad nueva y más coherente de interacción. En este sentido, la modificación del conocimiento relacional implícito se produce principalmente a través de la aparición de formas implícitas nuevas de vinculación en el seno del campo

intersubjetivo co-construido por paciente y psicoterapeuta (BCPSG, 2002; Beebe & Lachmann, 2002; Lyons-Ruth, 1999). Esto implica que en alguna medida se logra transformar los patrones relacionales somáticos y los patrones de comunicación no-verbal que se establecen entre ambos participantes en el trabajo terapéutico.

En la próxima sección, frente al trasfondo que nos proporciona el resumen previo, llevaremos nuestra atención hacia algunas posibilidades concretas del trabajo psicoterapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad. Exploraremos el trabajo con sensaciones corporales, con expresiones faciales, con expresiones somáticas circunscritas como los gestos y, por último, con patrones interactivos corporales. Utilizaremos viñetas clínicas para ejemplificar las diferentes formas de abordaje de estos fenómenos somáticos en el marco de la relación terapéutica.

TRABAJAR CON EL CUERPO DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA RELACIONAL

Desde el punto de vista del desarrollo de la personalidad, la experiencia y las modalidades de expresión del cuerpo se constituyen y adoptan ciertas formas en el seno de los vínculos tempranos significativos (Benzten, 2006; Sassenfeld, 2007a). Con posterioridad, en otras relaciones ocurrirá algo similar: las experiencias y expresiones corporales por lo común tendrán una estrecha vinculación con los contextos relacionales en los cuales surgen, se mantienen y se transforman. Partiendo de estos supuestos básicos, el trabajo psicoterapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad requiere por parte del terapeuta la incorporación de un *setting* "flexible" o "abierto" (Heisterkamp & Geissler, 2007) a intervenciones centradas en la experiencia somática que permita suficiente flexibilidad como para abordar el cuerpo de forma adecuada. Aunque hablar del cuerpo y verbalizar sus reacciones es una estrategia clínica importante, como veremos, las posibilidades del trabajo terapéutico con la corporalidad son mucho más amplias. Es posible llevar a cabo una amplia variedad de exploraciones vivenciales de aspectos como expresiones faciales, gestos, movimientos y patrones interactivos. Por razones de espacio, sin embargo, sólo mencionaremos algunas de ellas en este trabajo. El lector interesado puede consultar publicaciones como las de Lowen y Lowen (1977), Conger (1994), Levine (1997) y otros. Diversas reflexiones en torno a las posibilidades, ventajas, desventajas y peligros de la incorporación de tales exploraciones experienciales en *settings* y encuadres analíticos pueden encontrarse en la compilación de Geissler y Heisterkamp (2007).

Un *setting* abierto implica, en especial, la explicitación en el encuadre que se proporciona al paciente de que (1) la corporalidad y las reacciones corporales son elementos relevantes para el avance del proceso terapéutico ya que pueden posibilitar una comprensión más profunda de la situación e historia del paciente, y (2) el trabajo terapéutico eventualmente incluirá algunas sugerencias de exploración vivencial de ciertos fenómenos somáticos como sensaciones, gestos y otras expresiones. En ocasiones puede resultar ser de utilidad ofrecer a un paciente una explicación breve y comprensible de las razones por las cuales la corporalidad es considerada relevante. Es necesario hacerlo especialmente con aquellos pacientes que preguntan sobre esto y tiende a bastar con señalar algo relativamente general como que el cuerpo a menudo se relaciona con aspectos inconscientes de la personalidad y de la propia historia vital. Habitualmente, aunque se señale al paciente al comienzo de la psicoterapia que verbalice sus reacciones corporales siempre que éstas adquieran una cierta prominencia en su experiencia subjetiva, es necesario que el terapeuta esté atento al cuerpo del paciente y al cuerpo propio y que, además, activamente solicite al paciente reportar su experiencia corporal cuando parezca significativo. Esto se debe a que los pacientes –y muchas veces también los terapeutas– no están acostumbrados a prestar atención a su propia corporalidad o la excluyen por razones defensivas de su conciencia. Debe recordarse que la capacidad de concientizar diferentes aspectos de la corporalidad no es algo dado sino que es una habilidad que requiere práctica para desarrollarse. Con el paso del tiempo los pacientes tienden a desarrollar una mayor conciencia de sus respuestas somáticas y de sus significaciones y tienden a valorarlas e incluirlas en el diálogo terapéutico de modo más espontáneo.

TRABAJO CON SENSACIONES CORPORALES

Por lo común, las sensaciones corporales son uno de los aspectos más fácilmente accesibles de la experiencia subjetiva del cuerpo. Intervenciones básicas que posibilitan una exploración general del mundo de las sensaciones incluyen en particular preguntas como "¿Qué está sintiendo en el cuerpo?" o "¿Qué sensación tiene en el cuerpo mientras habla de esto?". Otras intervenciones son de carácter más intersubjetivo y pueden implicar auto-revelaciones circunscritas, como "Tengo una sensación de abatimiento mientras lo escucho. ¿Qué está sintiendo usted?" o "Me pregunto qué sensación tiene usted en este momento. Yo me siento activado y muy atento". Este tipo de intervención toca el tema más

amplio de la utilidad clínica de la auto-revelación, en el cual no podemos profundizar en el presente contexto, aunque sí podemos destacar que tiende a aportar al paciente un modelo referencial en torno a las posibilidades y la importancia de la atención a la comunicación de fenómenos corporales. El lector interesado puede consultar los trabajos de Maroda (1999), Pally (2001) y Wallin (2007), que abordan algunos aspectos de esta temática de modo más detallado.

Algunas de las sensaciones corporales son percepciones directas del estado de ciertas partes o procesos del cuerpo (p. ej., sensaciones de frío, de dolor o del movimiento peristáltico). Otras son menos claras y pueden tener asociada una connotación afectiva, constituyéndose como “sensaciones emotivas” (p. ej., tener el cuerpo “cortado”, sensaciones de desvitalización o inquietud, sentirse “pesado”, etc.). Ambas categorías son importantes y proporcionaremos viñetas clínicas para ilustrar posibilidades de trabajo con ambos tipos de sensaciones corporales. Es necesario recordar que sólo nos focalizaremos en un abordaje específicamente relacional de la corporalidad y que, en este sentido, existen por supuesto otras formas alternativas de trabajar con las sensaciones que surgen en el cuerpo.

Trabajo con una sensación corporal

En la segunda sesión con una paciente de 47 años que consulta por las dificultades que le provoca una recientemente diagnosticada enfermedad con connotaciones psicósomáticas, después de un intercambio verbal breve sobre lo que había sentido después de la primera sesión se produce un silencio. Interrumpo este silencio preguntando sobre sus sensaciones corporales presentes. “Bueno,” responde, “un nudo en la guata, el colon como apretado, torcido. Lo tengo en general, pero hoy lo tengo más fuerte”. Le pregunto si asocia esta sensación con alguna emoción. “Con rabia supongo” me dice, aunque de forma racional y desconectada en términos emocionales. Registro en ese momento que me está costando respirar con libertad y pienso, en parte basándome en esta sensación propia, que más que de rabia se trata de miedo. Comenzamos a hablar sobre su manera de relacionarse con sus estados emocionales en general y acerca de cuáles de éstos le causan dificultades. Después de mencionar dificultades importantes para expresar rabia y enojo, indago tentativamente acerca del miedo y contesta que le cuesta, “aunque siempre ando con una sensación de temor por el mundo”. En ese instante recuerdo un dato relacional significativo que relató en la primera sesión: sus experiencias terapéuticas previas, que sumaban tres o cuatro, habían sido

muy cortas (entre tres y cuatro sesiones cada una) y en ellas se había abierto cada vez, en sus propias palabras, “una caja de Pandora”, como un abuso sexual infantil o una crisis depresiva profunda. Sus descripciones anteriores me habían hecho suponer que tales vivencias las había tenido que enfrentar relativamente sola, sin que se hubiese logrado constituir una relación terapéutica estable capaz de contenerla. Había empezado esta segunda sesión comentando que en la semana se había sentido impaciente y con el deseo de que la psicoterapia avanzara de modo rápido. Así, le digo: “Bueno, tal vez te pones impaciente y quieres avanzar rápido para no sentir miedo a que acá, conmigo, se vuelva a repetir lo que ya conoces: se abre una caja de Pandora y después te vas sola a tu casa a ver qué haces con lo que salió de la caja”. Al escuchar esto, la paciente me mira directamente con los ojos bien abiertos. Yo siento que puedo volver a respirar con mayor libertad. “Creo que tienes razón”, responde al cabo de unos momentos de silencio, “y la sensación de la guata se relajó, se relajó harto, notablemente”.

En este ejemplo queda al descubierto cómo se puede llevar a cabo una comprensión relacional básica de una sensación corporal. El trabajo terapéutico que se realizó con la sensación de la paciente se centró, en gran medida debido a que se produce en la segunda sesión del proceso psicoterapéutico y por tanto no se cuenta con mayores informaciones sobre su historia vincular, en el contexto relacional presente —es decir, en el contexto relacional del vínculo con el terapeuta y en la función de la sensación respecto de éste. La elección de este foco está determinada al menos en parte tanto por la circunstancia de que la sensación fuera experimentada de modo intensificado el mismo día de la segunda sesión como por el hecho de que en situaciones previas la paciente ha tenido dificultades para establecer una relación terapéutica duradera. Al mismo tiempo, aunque no se convirtió en un foco explícito en esa sesión pero sí en sesiones posteriores, la sensación trabajada remite a aprendizajes implícitos relevantes: cuando se abre una “caja de Pandora”, no se puede contar con otros que ayuden a enfrentar las experiencias dificultosas. Este es un conocimiento relacional implícito que anteriormente parece haber calzado con el conocimiento relacional implícito de sus terapeutas, configurándose una puesta en escena, un patrón interactivo inconsciente. Cuando en relaciones terapéuticas anteriores se ha abierto una “caja de Pandora”, los terapeutas no parecen haber podido advertir que la paciente necesitaba un vínculo contenedor en el seno del cual asimilar y elaborar las experiencias y los afectos que se habían vuelto conscientes.

El alivio de la sensación parece hablar, en este sentido, de una bienvenida y necesitada desconfirmación de sus expectativas implícitas –percibe que, en la relación recién iniciada conmigo, al parecer sí podrá contar con un otro para elaborar sus vivencias más conflictivas y de este modo la ansiedad y aprensión disminuyen. Al menos, este otro ha podido reconocer que ella teme que no esté disponible y la deje sola frente a estados emocionales disruptivos. Teóricamente, una experiencia relacional de este tipo puede comenzar a generar una diferenciación de su conocimiento relacional implícito, el cual empezará a contener una posibilidad de anticipar en ciertos vínculos algo diferente de la ausencia y soledad frente a afectos conflictivos. Más allá, la sensación y la experiencia relacional nueva con su terapeuta que el trabajo con ella generó también conduce gradualmente hacia el segundo contexto relacional que describimos en la primera sección, el contexto del origen y desarrollo de una cierta experiencia corporal. Hasta ese momento, está claro que la sensación corporal parece guardar relación con las formas de vinculación previas con sus terapeutas y, a partir de esta constatación, se abre un camino hacia la exploración, comprensión y elaboración de experiencias vinculares similares en sus relaciones formativas de apego. El hecho de que la sensación corporal trabajada sea una sensación habitual (“siempre ando con una sensación de temor por el mundo”) habla a favor de que será posible encontrar antecedentes de la experiencia relacional asociada.

Trabajo con una sensación emotiva

En la psicoterapia de un paciente varón de 27 años, estudiante universitario, surge en una sesión como temática la relación con su padre. Esta temática hasta ese momento había sido poco explorada. El paciente comienza a relatar ciertas experiencias infantiles con el padre, marcadas por la ausencia y un concomitante sentimiento de profunda soledad y falta de apoyo. Busco ayudar al paciente a través de algunas intervenciones verbales exploratorias a seguir adentrándose en la temática emergente. Al cabo de unos minutos el paciente se queda en un silencio extendido, con la mirada hacia abajo. Transcurrido un corto tiempo pregunto acerca de la sensación corporal del paciente, el cual estaba ya acostumbrado a este tipo de intervenciones. Su respuesta indica la presencia de una sensación de tener los ojos “pesados” y “cansados” y de “confusión” en torno a los ojos y la cabeza. Señalo al paciente que posiblemente, así como puede haber ocurrido en sus relaciones tempranas y puede seguir ocurriendo en sus relaciones más cercanas actuales, empezó a sentirse

emocionado pero se vio en la necesidad de desconectarse de ciertas emociones por medio de la confusión ya que temía sentirse muy emocionado y al mismo tiempo solo con su emoción. Agregó que, entonces, pareciera que al paciente le ha costado sentir en ese momento compañía y seguridad en la relación terapéutica. El paciente restablece el contacto visual y contesta que, efectivamente, percibe el sentimiento de soledad que comenzó a surgir como vivencia desgarradora. Añade que no está acostumbrado a sentir el apoyo de otros cuando se trata de sus propias emociones.

Desde la perspectiva de una psicología unipersonal, la sensación de confusión puede entenderse como defensa esquizoide frente a los afectos que comienzan a surgir o también como defensa contra el hecho de “ver” el aspecto involucrado de su historia relacional. El terapeuta, sin embargo, opta por trabajar con esta sensación emotiva desde un punto de vista relacional, entendiendo que se trata de una forma de auto-regulación en el seno de una relación (Beebe & Lachmann, 2002) y que la sensación emergente debe comprenderse en función de los dos contextos relacionales descritos con anterioridad –un contexto ligado con el origen de un aspecto de la corporalidad en vínculos formativos y otro contexto ligado con la función vincular presente de un aspecto de la corporalidad. Y, de hecho, el trabajo de elaboración de la experiencia descrita giró en torno a ambos contextos. Por un lado, se tematizó la sensación de confusión como parte de un aprendizaje emocional implícito temprano de acuerdo al cual resulta desventajoso emocionarse estando otros, ya que la presencia de emociones propias implica una retirada o ausencia de otros que pudieran acompañar y tranquilizar –un aprendizaje no-verbal completamente congruente con una madre gravemente depresiva y un padre con tendencias evitativas importantes. De este modo, la comprensión de la sensación corporal contribuye a explorar, completar y especificar la dinámica imperante en los vínculos tempranos más formativos ya que el paciente recordó otros momentos en los cuales ha experimentado la sensación de confusión.

Por otro lado, se tematizó la función de la aparición de la sensación corporal en el marco de la relación con el psicoterapeuta. Esta indagación mostró que, aunque fuera de modo ligero, el paciente vivenció la ayuda del terapeuta para adentrarse más en la temática emergente de la relación con su padre como falla empática (Kohut, 1984) ya que precipitó un sentimiento de sentirse presionado y no respetado en su propio ritmo –para el paciente, comenzar a tocar la temática en cuestión sin disociarse del correlato afectivo requería un ritmo más pausado. Es decir, necesitaba sentirse

acompañado para experimentar los dolorosos estados emocionales asociados a la relación con el padre, pero mi forma de acompañarlo en la situación descrita hizo necesaria una medida drástica de auto-regulación. En cierto sentido, mi forma de acompañarlo era otra variación de la experiencia de percibir que el otro no está disponible, que no capta lo que para él resulta necesario frente a un estado afectivo dado. En suma, se genera una experiencia conocida de soledad frente al propio dolor. Por parte del terapeuta, en la interacción mencionada entró en juego una tendencia relacional proveniente de sus propias experiencias con los sentimientos de soledad y tristeza en otros: enfrentado a una madre crónicamente deprimida, había aprendido a “revivir” a ésta, es decir, a buscar maneras de alejarla y rescatarla de estados afectivos disruptivos. En combinación, los conocimientos relacionales implícitos de paciente y terapeuta dieron forma a un patrón interactivo co-construido que incluyó la puesta en escena de escenarios vinculares pasados relevantes. La sensación corporal de confusión que surge en la experiencia del paciente posibilitó, así, una exploración adicional de la dinámica relacional propia del vínculo psicoterapéutico.

TRABAJO CON EXPRESIONES FACIALES

Las expresiones faciales forman una parte muy importante de la expresión emocional en general y, además, de los procesos implícitos y explícitos de lectura corporal. De hecho, parecen existir en el cerebro sistemas neuronales específicamente diseñados para el procesamiento, reconocimiento e interpretación de las expresiones del rostro humano (Cozolino, 2006). Dicho de otro modo, al menos en el nivel implícito el ser humano es experto en la decodificación del significado emocional y relacional de las expresiones faciales de los demás. Desde este punto de vista, cabe agregar que correlativamente la diversidad de las expresiones del rostro es uno de los medios no-verbales de comunicación más relevantes en la interacción humana. Sabemos, por ejemplo, que el recién nacido siente una preferencia por los rostros humanos en comparación con objetos inanimados y que es capaz, al parecer con fines comunicativos y de promoción del vínculo de apego, de imitar de modo intencional ciertas expresiones faciales (Beebe *et al.*, 2005; Cozolino, 2006; Lecannelier, 2006). De este modo, el rostro puede visualizarse como una parte en gran medida social del cuerpo y sus expresiones como intrínsecamente relacionales o dirigidas a otros.

Dado que la situación terapéutica incluso en los círculos del psicoanálisis se ha convertido cada vez más en una situación cara-a-cara, las formas de mirar al otro

y las expresiones faciales se han transformado en una temática clínica importante (Beebe *et al.*, 2005; Pally, 2001). A esto se suma que hoy sabemos que muchos pacientes con trastornos tempranos o traumáticos son hiper-sensibles a lo que el rostro (y también otras expresiones corporales) de su terapeuta comunica. Realizan, por así decirlo, una constante lectura corporal ansiosa que puede ser más o menos consciente y que apunta a una detección anticipada de potenciales señales de peligro o amenaza que anuncian una re-traumatización. En lo que sigue presentaremos una viñeta centrada en el trabajo con una expresión facial del terapeuta. Esta viñeta sigue manteniéndose, como las dos viñetas previas, en el ámbito del trabajo psicoterapéutico verbal. Más adelante introduciremos una adicional posibilidad no-verbal más activa de intervención en relación con los gestos y los patrones interactivos.

Trabajo con una expresión facial del psicoterapeuta

En el proceso psicoterapéutico con un paciente varón de 34 años, durante el segundo año de la psicoterapia el paciente comienza a mencionar ocasionalmente que una temática que siente está pendiente es su confusión en torno a orientación sexual. Cada vez que lo menciona, con rapidez vuelve a cambiar el tema para retornar a otros aspectos de su vida. Cuando esta situación se ha repetido en varias ocasiones, una vez que vuelve a producirse me detengo y le manifiesto mi observación. Su primera reacción es responder que la temática le resulta complicada y le cuesta hablar sobre ella con mayor libertad. Exploro si acaso ocurre algo en la relación entre nosotros que provoca o al menos aumenta su dificultad. “Sí,” contesta después de un momento de vacilación, “siento que cada vez que traigo a colación el tema, tú te enojas”. Su respuesta me sorprende ya que no he percibido de forma consciente una reacción de enojo. Le pido entonces que me describa lo que lo hace pensar que frente a la temática reacciono con enojo. “Cuando toco el tema, tus ojos y tu cara son como de alguien enojado”. Mientras hablamos sobre esto, me hago consciente de que efectivamente hay algo en su forma de abordar el tema que me molesta, aunque no se trata del tema en sí mismo. Le expreso que estoy de acuerdo con él en que mi rostro debe transmitir enojo cuando él toca la temática en cuestión, pero que el enojo está relacionado con el hecho de que cada vez que surge la temática rápidamente se desvía de ésta para volver a otras y no con la temática en sí. Al escucharme, suspira aliviado y por primera vez logra detenerse y hablar con mayor detalle de su confusión en cuanto a su orientación sexual.

En este ejemplo, junto al paciente podemos comprender el significado relacional que una expresión facial del terapeuta comienza a tener. Un rostro enojado se traduce, en términos de las expectativas vinculares del paciente, en un indicador de que es necesario omitir y excluir algo que es relevante para él del diálogo con un otro significativo. La expresión facial de enojo trae consigo, además, la percepción de que se está reprobando al paciente por tener dificultades con una temática de la índole implicada. En la historia relacional del paciente nos encontramos, en este sentido, con dos aspectos complementarios: vínculos tempranos con una madre y un padre con tendencias verbal y a veces físicamente violentas que desplazan e incluso aplastan las necesidades y expresiones propias del niño y, por otro lado, grandes dificultades por parte del paciente para expresar tanto sus propias necesidades como sus afectos agresivos en sus relaciones interpersonales pasadas y actuales. Su reacción frente a la expresión de enojo del terapeuta nos conduce, de esta manera, directamente hacia sus experiencias formativas. Asimismo, el ejemplo grafica en qué medida la corporalidad del psicoterapeuta contribuye a dar una forma determinada a la experiencia relacional y afectiva del paciente. La naturaleza del vínculo terapéutico permitió, más allá, explicitar un patrón interactivo que, aunque por el lado del paciente era en parte consciente (percibió conscientemente la expresión facial y se inhibió de forma intencional), en términos más amplios transcurrió en el dominio del conocimiento relacional implícito.

La viñeta también muestra con mucha claridad la naturaleza estrictamente recíproca y co-construida de la interacción (BCPSG, 2002, 2005, 2007; Beebe & Lachmann, 2002) ya que la reacción de uno de ambos genera una reacción en el otro que vuelve a generar una reacción en el otro y así sucesivamente. Se trata, en esencia, de procesos vinculares de influencia mutua en los cuales tanto paciente como terapeuta están implicados con sus propias historias relacionales. Resulta difícil establecer de manera clara si la inhibición del paciente para hablar de una temática particular surgió en la relación terapéutica a raíz de una expresión facial de enojo del terapeuta o si su inhibición empezó a generar una reacción de molestia en el terapeuta. En realidad, este punto carece de mayor relevancia en este contexto. Lo que queda al descubierto es, de todos modos, que una expresión facial resuena con experiencias relacionales pasadas del paciente y, con ello, comienza a determinar su comportamiento en el presente. El ejemplo clínico además ilustra lo que hemos llamado un proceso de lectura corporal explícita, ya que el paciente tiene conciencia de que la expresión del rostro de su terapeuta

tiene una connotación específica. De lo que no tiene conciencia, por supuesto, es de que esa connotación forma parte de su conocimiento relacional implícito –su historia relacional lo hace suponer, implícitamente, que un rostro enojado equivale a que ciertas experiencias propias tendrán que quedar fuera del intercambio emocional y verbal. La viñeta ilustra, por otro lado, que los procesos implícitos y explícitos de lectura corporal están íntimamente entrelazados.

TRABAJO CON GESTOS CORPORALES

De modo similar a las expresiones faciales, los gestos corporales forman una parte fundamental de la comunicación no-verbal no sólo en el seno de la interacción temprana entre cuidador e infante sino también en los intercambios vinculares entre adultos en general. En una cultura dada, ciertos gestos adquieren un significado relativamente explícito y consensual (p. ej., ciertos movimientos de una mano significan despedida); sin embargo muchos otros gestos no tienen un significado fijo sino que lo adquieren en función del contexto relacional específico en el cual surgen y en función de la historia relacional de quien lo expresa. Como ocurre con muchos otros procesos somáticos comunicativos, los gestos son en gran medida percibidos, reconocidos e interpretados en el nivel implícito del procesamiento de la información, sin que esto necesariamente se traduzca en una comprensión consciente y verbal. Aun así, la gestualidad de un otro con el cual interactuamos tiene una gran influencia en nuestras reacciones y respuestas. Con la finalidad de trabajar en términos terapéuticos con un gesto, es necesario que al menos el terapeuta tome conciencia de un gesto que se le presenta como significativo, sea por su naturaleza repetitiva, sea porque genera en él o ella una reacción que parece merecer mayor atención. Repetitivo o singular, la conciencia corporal del terapeuta es central para percibir el impacto significativo que un gesto puede provocar.

Algunos gestos corresponden a movimientos corporales bien formados y fácilmente reconocibles, mientras que muchos otros son más bien “micro-movimientos” que son sutiles y que a menudo sólo son esbozos o insinuaciones de un movimiento más claro. Incluso puede tratarse de un impulso subjetivo que no logra convertirse concretamente en un movimiento. Estos micro-movimientos pueden relacionarse con lo que Downing (2006, 2007) llama las *micro-prácticas corporales* o hábitos no-verbales implícitos relacionales que el infante desarrolla en los primeros años de vida. Debe considerarse, en este sentido, que determinados

procesos defensivos no-verbales implícitos tienden a inhibir la espontaneidad expresiva del cuerpo en general y ciertos movimientos expresivos en particular (Sassenfeld, 2008a, 2008b), como por ejemplo un gesto de enojo puede estar coartado en la expresión no-verbal de un paciente debido a un conocimiento relacional implícito que ha codificado la necesidad de excluir afectos rabiosos de la interacción. Una tarea clínica es, desde esta perspectiva, el reconocimiento de estos procesos inhibidos de movimiento y, además, tanto la comprensión de los orígenes y motivos actuales de la inhibición como la exploración de la posibilidad de recuperar una mayor libertad de movimiento relacionada con los gestos implicados –lo que equivale a una ampliación y transformación del conocimiento relacional implícito.

Para ser capaz de percibir estos micro-movimientos un psicoterapeuta requiere del desarrollo de dos herramientas internas complementarias: por un lado, se hace necesario desarrollar y conscientizar su percepción sensorial y las impresiones subjetivas que ésta despierta y, por otro lado, como ya mencionamos, se hace necesario desarrollar una gran conciencia de la propia corporalidad más en general. Sólo esta conciencia puede traducirse en una mayor percatación de los fenómenos englobados en el concepto de la resonancia somática (Boadella, 1999, 2006; Cozolino, 2006), que hace referencia a la forma en la que el cuerpo del terapeuta resuena con procesos somáticos que son parte de la experiencia del paciente (véase Sassenfeld, 2008c). Para el trabajo relacional con el cuerpo que hemos estado explorando en este trabajo cabe además partir del supuesto de que las tendencias al movimiento expresivo del organismo comunican específicamente determinadas intencionalidades relacionales que pueden transmitirse en la díada terapéutica de forma clara o bien inhibida y/o defensivamente distorsionada (Sassenfeld, 2008a). En lo que sigue, presentaremos dos viñetas clínicas de trabajo psicoterapéutico con gestos. En la primera, consideraremos un patrón repetitivo de respiración como gesto, mientras que en la segunda se trabaja un gesto que aparece en el relato de un sueño.

Trabajo con un gesto corporal

Una paciente de 24 años consulta por síntomas depresivos como ánimo decaído, falta de motivación y trastornos del sueño y la alimentación. Desde nuestro primer contacto, llama mi atención la forma en la que respira en el espacio terapéutico: la mayor parte del tiempo, su respiración es apenas perceptible y su cuerpo entero apenas se mueve cuando respira; no obstante, cada cierto tiempo inhala mucho aire con mucha rapidez y

lo retiene algunos instantes antes de exhalar de modo lento y entrecortado sin llegar nunca a expeler el aire en su totalidad. Este gesto respiratorio se repite una y otra vez en el transcurso de las primeras sesiones. De manera paralela, comenzamos a explorar en especial la relación que mantiene con su madre, una mujer rígida, afectivamente inestable e impredecible, invasiva, con tendencias obsesivas marcadas en particular respecto del orden y la limpieza. La paciente relata su experiencia habitual de que, en la convivencia con la madre, cualquier “desorden” (p. ej., modificar el rígido orden establecido de los objetos de decoración en la sala de estar o utilizar implementos de cocina sin limpiarlos y guardarlos de forma inmediata y antes de consumir los alimentos preparados) tiende a precipitar reacciones emocionales descontroladas de parte de ésta, incluyendo insultos, descalificaciones y conductas violentas. Contando con este trasfondo relacional histórico en el cual la paciente ha crecido, establezco una relación entre estas experiencias y el gesto respiratorio mencionado. En primer lugar, le señalo que he observado su forma particular de respirar en el espacio terapéutico –lo que no la sorprende ya que conoce este patrón respiratorio propio– y que me parece que está conectada con lo que ha vivido y sigue viviendo en el vínculo con su madre. Tentativamente, agregó que parece retener la respiración como intentando evitar la aparición de movimientos o impulsos espontáneos que pudieran generar un desorden con las consecuencias vinculares que pudiera implicar. La paciente asiente frente a estos comentarios y, a continuación, pregunto por su experiencia en la relación que ha establecido conmigo. En ésta, percibe que ha ocurrido algo similar: ha buscado no dejar un “desorden”, lo que ha significado omitir aspectos subjetivamente importantes de sus vivencias cotidianas del diálogo terapéutico.

Este ejemplo clínico pone al descubierto de qué manera un patrón respiratorio específico puede dar cuenta de una experiencia relacional habitual. El gesto respiratorio surge en el vínculo psicoterapéutico desde un comienzo; sin embargo, el terapeuta dispone aún de poca información para contextualizarlo y aproximarse a su significación concreta. Una vez que emergen algunos elementos de su historia vincular, el gesto empieza a tener un significado más definido en primera instancia desde el punto de vista del contexto histórico de origen que hemos descrito con anterioridad –se presenta como una especie de defensa no-verbal relacional implícita (Sassenfeld, 2008b) que se caracteriza por la inhibición expresiva y que da cuenta de un temor a las consecuencias de su propia espontaneidad, expresión de afectos y vitalidad (aspectos representados en el “desorden”) en

la relación con la madre. Al menos en parte, el patrón respiratorio puede por ende explicar varios elementos del estado afectivo depresivo de la paciente (como la falta de motivación y el ánimo decaído). Por otro lado, guarda estrecha relación con un aspecto relevante del motivo de consulta: la dificultad para dar inicio, después de la finalización de una carrera técnica, a una vida laboral capaz de apuntalar la entrada plena al mundo de la adultez. Metafóricamente, la imposibilidad de utilizar con libertad los espacios físicos de su hogar se convierte en una dificultad significativa para explorar el mundo externo más amplio. En otras palabras, al no contar con una base segura (Bowlby, 1988) la paciente no puede activar el sistema motivacional de exploración del mundo –hacerlo significaría exponerse a las represalias y alteraciones emocionales de la madre.

Así, el patrón de respiración observado se constituye como un aspecto del conocimiento relacional implícito de la paciente. Es verdad que ella tiene conciencia explícita de su particular forma de respirar; sin embargo, la inserción y significación del gesto corporal en un marco relacional le es en gran medida inconsciente. Cuando indagamos de forma conjunta en su experiencia relacional en el espacio psicoterapéutico, queda de manifiesto además del contexto histórico de origen del gesto su significación vincular actual: la psicoterapia aún no se conforma como posibilidad relacional distinta; más bien, sus expectativas relacionales implícitas históricas dan forma a su experiencia de relación con su terapeuta. En el caso descrito, resulta interesante añadir unos comentarios sobre los mecanismos de cambio que especificamos en la primera sección de este trabajo. Por un lado, se explicita un elemento importante de la dimensión implícita y esto permite profundizar en la comprensión de la historia vincular de la paciente. Por otro lado, el trabajo sobre el gesto respiratorio desembocó en que, con el paso de las sesiones subsiguientes, la paciente comenzara a respirar de modo distinto. Los episodios de inspiración brusca con exhalación parcial y entrecortada aumentaron; sin embargo, al cabo de un tiempo, en especial la expiración se volvió más fluida y más plena, lo que coincide con la posibilidad de poder “desordenar” el espacio terapéutico. En este sentido, puede pensarse que la experiencia relacional de la paciente se fue transformando y, con ello, sus correlatos implícitos.

Trabajo con un gesto corporal que surge en un sueño

Un paciente de 20 años relata un sueño breve, en el cual se encuentra en una situación de asalto. Frente a la amenaza, realiza un gesto con ambas manos y brazos,

mostrando al asaltante las palmas de las manos con los antebrazos retraídos hacia el propio cuerpo en un ademán de falta de oposición a la situación. Mientras cuenta el sueño, espontáneamente imita este gesto mostrándomelo. El sueño surge en el proceso terapéutico cuando se han empezado a explorar de modo específico sus formas habituales de vincularse con otros en torno a las temáticas de la expresión de agresión y de la manifestación y satisfacción de sus propias necesidades. En consecuencia, la situación onírica asume una relevancia directa. Le pido entonces que, en primer lugar, repita el gesto varias veces de modo consciente e intencional y registre las sensaciones, sentimientos y/o fantasías que pudieran hacer aparición. Expresa sentir desprotección y el deseo de evitar un conflicto o una confrontación. Agrega que “Me carga la violencia, yo soy muy pacífico”. Le pido además que vuelva a adoptar el gesto y se coloque en relación directa a mí, mirándome, nuevamente abierto a explorar cualquier experiencia que pudiera surgir. Se mantiene algunos instantes en esta posición hasta bajar los brazos afirmando: “Es extraño, de nuevo me sentí desprotegido, pero al mismo tiempo sentí que te quería abrazar”.

Esta viñeta se basa en el supuesto de que el conocimiento relacional implícito no sólo entra en juego con las acciones no-verbales reales con otros, sino también con la forma que adopta la estructura enactiva de las fantasías subjetivas (Lyons-Ruth, 1999) y, por lo tanto, con las formas de vinculación no-verbal que pueden observarse en los sueños (Steiner, 2007). El sueño que este paciente relata pone en este sentido al descubierto un aspecto implícito significativo de su forma particular de manejar la agresión en las relaciones con otros –la dificultad para defenderse y, en especial, para defender sus propias necesidades, preferencias y deseos. El abordaje explícito del gesto somático surgido en el sueño nos condujo, por un lado, a una comprensión más profunda de su habitual actitud pasiva frente a las agresiones de los demás; por ejemplo, se le vinieron a la mente diversos recuerdos de situaciones en las cuales otros se han aprovechado de él. Por otro lado, nos permitió adentrarnos en un aspecto que en este caso fue de aun mayor relevancia: su dificultad para experimentar y expresar agresión (justificada) a otros. Esta indagación, por su parte, dirigió la atención clínica entre otras cosas hacia el contexto histórico de origen del gesto implicado y la actitud pasiva y complaciente asociada a éste. Emergieron elementos fundamentales de la relación con un padre agresivo y rechazante y, más allá, de la relación con una madre que reprueba la agresión y reacciona de modo victimizado cuando ésta sí logra manifestarse.

En cierto sentido, este ejemplo clínico introduce un tercer contexto relacional que puede ser de interés en relación con el trabajo psicoterapéutico con el cuerpo y la corporalidad que hemos estado describiendo en este artículo: el contexto de las relaciones imaginarias o fantaseadas y el papel que la dimensión implícita tiene en ellas. Este contexto es menos específico que los otros dos y, así, puede aportar elementos importantes para entenderlos ambos con mayor detalle. En esta viñeta, a través de una intervención no-verbal exploratoria que apuntó a la toma de conciencia de ciertos fenómenos corporales poco conscientes se colocó un aspecto implícito fantaseado en el contexto de la posible función de un gesto en una relación actual. Esto posibilitó el inicio de una indagación más clara de la forma en la que el paciente percibe, expresa y/o inhibe sus propias necesidades en la relación terapéutica (el deseo de abrazar y lo que este deseo representa). Asimismo, comienza a perfilarse una sensación central de la experiencia que el paciente tiene de sí mismo: un sentimiento de desprotección que lo hace anhelar y buscar el contacto con otros. La dificultad para la expresión de agresión se trabajó en otra sesión mediante una intervención no-verbal interactiva y se describe a continuación en la viñeta final de las posibilidades de trabajo terapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad que hemos expuesto en esta contribución. Esta próxima viñeta da cuenta de una exploración experiencial del papel de sus manos y brazos en su forma de establecer y mantener vínculos.

TRABAJO CON PATRONES INTERACTIVOS

Dado que el conocimiento implícito clínicamente más relevante es de naturaleza relacional y dado que el marco conceptual en el cual nos hemos estado moviendo supone la necesidad de entender el cuerpo como cuerpo en relación, no es de sorprender que el abordaje psicoterapéutico relacional de la corporalidad incluya la posibilidad de trabajar con patrones interactivos implícitos que, en cuanto tales, de una u otra forma implican al terapeuta. Desde el punto de vista teórico, existen algunos patrones interactivos implícitos prototípicos que han sido descritos con detalle en la investigación de infantes, como la coordinación interactiva y las secuencias de disrupción-reparación (Beebe & Lachmann, 2002; Sassenfeld, 2007b). Más allá, puede suponerse que algunas polaridades relacionales arquetípicas ligadas a movimientos, gestos y actitudes –como la polaridad acercarse-alejarse o la polaridad expresarse-inhibirse– pueden escenificarse implícitamente en el vínculo psicoterapéutico. Estos re-

ferentes pueden ayudar al psicoterapeuta a reconocer patrones interactivos implícitos. En total, pareciera que es un fenómeno corriente e incluso inevitable que las diadas terapéuticas co-construyan patrones implícitos propios de vinculación que pueden (o no) convertirse en un foco de elaboración durante la labor terapéutica (BCPSG, 2002, 2005, 2007).

Desde la perspectiva clínica, es posible trabajar de al menos dos formas diferentes con patrones relacionales implícitos. Por un lado, es posible abordar patrones de interacción co-construidos entre paciente y psicoterapeuta que emergen espontáneamente a raíz de la combinación de las historias relacionales de ambos. Juntos dan lugar a patrones propios que contienen, sin embargo, elementos centrales de las experiencias vinculares pasadas de cada uno. Ejemplos de esta modalidad pueden encontrarse en Beebe y Lachmann (2002). Por otro lado, es factible trabajar con un patrón interactivo codificado en el conocimiento relacional implícito del paciente sin que necesariamente ese patrón haya hecho aparición de modo co-construido y recíproco en la relación terapéutica. Puede tratarse de un patrón que es recurrente en otros vínculos del paciente o que surge en el contexto de las relaciones fantaseadas. En este sentido, la investigación de infantes ha mostrado que es clínicamente necesario tomar en consideración que todas las relaciones son realmente únicas y que, a pesar de que es posible reconocer ciertos patrones recurrentes y que éstos en ocasiones dan forma a la experiencia de un paciente con su terapeuta, no es lícito suponer sin más que tal patrón determinará todas o la mayoría de las relaciones que establece un individuo (Tronick, 2003). En la siguiente viñeta se delinea una posibilidad de trabajo clínico relacional con un patrón interactivo implícito del segundo tipo descrito. Como ya se mencionó, este trabajo comienza a tomar forma a raíz de la exploración del papel de las manos y brazos del paciente en los vínculos, una exploración que se constituyó como continuación del trabajo terapéutico con un gesto emergido a partir de un sueño (véase la sección anterior).

Trabajo con un patrón interactivo

Con la finalidad de continuar explorando los elementos que han surgido con este paciente de 20 años, decido en una de las sesiones subsiguientes retomar la temática del papel de sus brazos y manos en sus relaciones, una temática que había emergido a partir del relato de un sueño que incluía un gesto específico de brazos y manos. Después de conversar algunos minutos al respecto, le propongo explorar la temática de modo expe-

riencial. Para ello, nos ponemos de pie y nos paramos frente a frente a algunos metros de distancia. En esta situación, le pido que registre las sensaciones corporales presentes y que preste especial atención a sensaciones, impulsos o atisbos de movimiento en sus brazos y manos. En el primer registro reaparece el deseo de abrazarme. Entonces le indico que me iré acercando lentamente, un paso a la vez, a él y que vuelva a registrar sus sensaciones y que las verbalice en la medida en la que se produzcan. Cuando doy algunos pequeños pasos en su dirección, afirma que sus brazos se vuelven “pesados” e “inmóviles”, reemplazando el impulso a abrazar por una inhibición motriz. Dada la positiva alianza terapéutica que existe entre nosotros, decido proseguir con la exploración iniciada, recordando que uno de los aspectos que trabajamos con anterioridad guardaba relación con la dificultad para expresar agresión en sus vínculos. Me acerco aún más, quedando muy cerca de él; tan cerca, como para que se incomodara al menos ligeramente y, por tanto, se activara al menos ligeramente la necesidad de colocar límites entre nosotros dos y buscar un poco de distancia. Le pido que verbalice sus sensaciones corporales y el paciente responde que desearía utilizar sus manos para generar una distancia entre nosotros y recuperar un espacio relacional más cómodo, pero que se le hace imposible moverlas –se sienten “paralizadas”. A continuación volvemos a tomar asiento con la finalidad de discutir y comprender su experiencia.

Este ejemplo clínico ilustra la posibilidad de trabajar de forma experiencial y relacional con patrones implícitos interactivos en un marco psicoterapéutico. En cierto sentido, se trata de un uso intencional de una escenificación o puesta en escena [*enactment*], una técnica que ha sido elaborada en la psicoterapia corporal analítica (Worm, 2007). Desde el punto de vista desarrollado en este artículo, utilizamos la exploración de un patrón interactivo con la finalidad de profundizar en nuestra comprensión tanto de la expresión de agresión (a través de un acercamiento importante que habitualmente moviliza de modo espontáneo la expresión no verbal de la necesidad de distancia y límites) como de la manifestación de necesidades. Cuando comenzamos a verbalizar la experiencia corporal interactiva escenificada se clarifica un patrón relacional en el cual el paciente típicamente busca contacto y seguridad en otros (el deseo de abrazar) pero con una percepción subjetiva de que él tiende a cuidar y proteger a los demás. En otras palabras, se comporta protegiendo a otros significativos, pero con una motivación inconsciente de recibir seguridad y contacto. Al mismo tiempo, queda al descubierto algo que lo sorprende pero que intuye

como verdadero en base a experiencias pasadas que trae a colación en el transcurso de la verbalización: cuando otros se acercan a él en busca de contacto, habitualmente se descoloca e incomoda. A pesar de que este aspecto es diferente a lo que surge de modo específico en la exploración vivencial descrita, ya que en ésta se trató más bien de la dificultad para expresar agresión y colocar límites relacionales, se descubre que comparte con la exploración la experiencia de inhibición de los brazos.

Por otro lado, la exploración vivencial de un patrón interactivo nos permitió profundizar particularmente en la temática de la inhibición de la agresión en el sentido de la posibilidad de colocar límites en sus vínculos. Quedó de manifiesto que esta inhibición estaba relacionada con su forma de vinculación con el padre, el cual tenía tendencias autoritarias marcadas. Así, a partir de la exploración del contexto relacional de las funciones de un aspecto corporal expresivo en una relación actual, emergieron elementos relevantes del contexto relacional ligado al origen de la paralización expresiva de sus brazos y manos. Algo similar ocurrió con posterioridad respecto del patrón vincular ya mencionado (proteger a otros para obtener seguridad y contacto), dado que pudo establecerse el origen de tal patrón en la relación temprana con una madre que funcionaba de modo muy parecido en sus propias interacciones interpersonales. Más allá, este ejemplo muestra una consecuencia característica que sigue al tipo de intervención que hemos pormenorizado: entre sesiones, el paciente comienza de manera espontánea a prestar mayor atención a sus propias reacciones y sensaciones somáticas y, con ello, trae material importante a las sesiones subsiguientes. El paciente de la viñeta anterior, por ejemplo, empezó a explorar en el marco de sus interacciones relacionales cotidianas la experiencia de sus brazos y manos. Tal como mencionamos antes, una vez que un paciente es introducido a la relevancia de los fenómenos corporales y se percata de su valor, deja de ser necesario que el psicoterapeuta le pida que reporte aspectos sobresalientes de sus experiencias somáticas relacionales.

REFLEXIONES FINALES

Hemos intentado mostrar desde el punto de vista clínico de qué maneras es posible trabajar con el cuerpo y la corporalidad en términos relacionales. Las restricciones de espacio hacen imposible ofrecer un cuadro sistemático de estas posibilidades, pero esperamos que las viñetas descritas hayan podido dejar en claro al menos a grandes rasgos cómo se puede introducir el cuer-

po relacional en la relación psicoterapéutica de forma constructiva. A pesar de que también hemos incluido viñetas que abarcan intervenciones más elaboradas de trabajo con el cuerpo, parece perfectamente factible que en un encuadre verbal se puedan aplicar algunas de las ideas expuestas en este artículo. Por otro lado, en las viñetas se ha omitido deliberadamente una información más detallada sobre la psicopatología específica de los pacientes involucrados con la finalidad de poner al descubierto que un enfoque corporal-relacional puede ser de utilidad con cualquier tipo de pacientes. Downing (2007), por ejemplo, describe con elocuencia y claridad de qué manera un enfoque como éste –sobre todo centrado en los patrones implícitos interactivos que surgen entre paciente y terapeuta– puede ser de especial utilidad a la hora de poner en marcha un proceso psicoterapéutico y de fortalecer la alianza terapéutica con pacientes difíciles o con perturbaciones más graves de la personalidad.

Probablemente las interrogantes y las perspectivas teóricas y prácticas que abre esta forma de abordar en términos clínicos la dimensión implícita de la relación terapéutica son múltiples. Asimismo, está claro que las viñetas presentadas pueden ser entendidas e interpretadas de formas muy distintas a las propuestas aquí e igualmente válidas. En particular, las diversas implicancias transferenciales de la incorporación de intervenciones experienciales centradas en la corporalidad son de gran relevancia y, aunque no podemos entrar en este contexto en ellas, de hecho han sido tematizadas por diversos autores y se ha iniciado la construcción de criterios clínicos de indicación, contraindicación y timing (véase, entre otros, el tomo de Geissler y Heisterkamp, 2007). Es de esperar que otros psicoterapeutas puedan comenzar a formular, sistematizar y compartir sus propias experiencias terapéuticas en enfoques similares al que hemos propuesto en este trabajo o en experiencias exploratorias estimuladas por esta exposición. Esto permitiría dar respuesta a la observación de Beebe (2004) acerca de que, al margen del entusiasmo que el concepto ha generado, aún falta mucha investigación clínica en torno a los procesos relacionales implícitos, en especial en torno a su aplicación concreta a casos específicos.

REFERENCIAS

1. BCPSG (Boston Change Process Study Group). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 2002; 83: 1051-1062
2. BCPSG (Boston Change Process Study Group). The “something more” than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2005; 53 (3): 693-729
3. BCPSG (Boston Change Process Study Group). The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defense, and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis* 2007; 88: 1-16
4. Beebe B. Faces in relation: A case study. *Psychoanalytic Dialogues* 2004; 14 (1): 1-51
5. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*, Other Press, New York, 2005
6. Beebe B, Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
7. Bentzen M. Formen des Erlebens: Neurowissenschaft, Entwicklungspsychologie und somatische Charakterbildung. En Marlock G. & Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 304-328
8. Boadella D. Transference, politics, and narcissism. *International Journal of Psychotherapy* 1999; 4 (3): 283-311
9. Boadella D. Soma-Semantik –Bedeutungen des Körpers. En Marlock G. & Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 208-215
10. Bowlby J. *Una base segura*, Paidós, Barcelona, 1988
11. Conger J. *The Body in Recovery: Somatic Psychotherapy and the Self*, Frog, California, 1994
12. Cozolino L. *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*, W. W. Norton & Company, New York, 2006
13. Downing G. Frühkindlicher Austausch und dessen Beziehung zum Körper. En Marlock G. & Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 333-350
14. Downing G. Unbehagliche Anfänge: Wie man Psychotherapie mit schwierigen Patienten in Gang setzen kann. En Geissler P. & Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer-Verlag, Wien, 2007, pp. 555-581
15. Fosshage J. Fundamental pathways to change: Illuminating old and creating new relational experience. *International Forum of Psychoanalysis* 2003; 12: 244-251
16. Fosshage J. The explicit and implicit domains in psychoanalytic change. *Psychoanalytic Inquiry* 2005; 25 (4): 516-539
17. Geissler P, Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*, Springer, Wien, 2007
18. Heisterkamp G, Geissler P. Rahmen, Arbeitsbündnis und Setting –oder die Einrichtung der “psychotherapeutischen Werkstatt”. En Geissler P. & Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer-Verlag, Wien, 2007, pp. 199-210
19. Knoblauch S. From the word to the scene: An expanded conceptualization for therapeutic action. *American Journal of Psychoanalysis* 1996; 56 (3): 319-329
20. Kohut H. *How Does Analysis Cure?*, Chicago University Press, Chicago, 1984
21. Lecannelier F. *Apego e intersubjetividade: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*, LOM Ediciones, Santiago de Chile, 2006
22. Levine P. *Curar el trauma*, Ediciones Urano, Barcelona, 1997
23. Lowen A, Lowen L. *The Way to Vibrant Health: A Manual of Bioenergetic Exercises*, Harper & Row, New York, 1977
24. Lyons-Ruth K. The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. En Aron L. & Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 311-349

25. Maroda K. Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. En Aron L. Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 121-143
26. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 71-93
27. Reich W. *Ether, God, and Devil*, Farrar, Straus & Giroux, New York, 1949
28. Renik O. Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1993, pp. 407-424
29. Sassenfeld A. Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007a; 3 (2): 177-188
30. Sassenfeld A. Dos patrones de la regulación afectiva en la interacción temprana y en la interacción psicoterapéutica. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007b; 3 (3): 300-309
31. Sassenfeld A. Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008a; 4 (1): 83-92
32. Sassenfeld A. Interacción no-verbal temprana y defensas no-verbales relacionales implícitas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 2008b. En prensa
33. Sassenfeld A. Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias psicoterapéuticas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008c; 4 (2): 193-198
34. Steiner M. Das implizite Beziehungswissen in Träumen von Erwachsenen. En Geissler P. & Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer-Verlag, Wien, 2007, pp. 521-554
35. Stolorow R, Atwood G. *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*, Herder, Barcelona, 1992
36. Stolorow R, Atwood G. Orange D. *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*, Basic Books, New York, 2002
37. Totton N. Foreign bodies: Recovering the history of body psychotherapy. En Staunton T. *Body Psychotherapy*. Brunner-Routledge, London, 2002, pp. 7-26
38. Tronick E. "Of course all relationships are unique": How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry* 2003; 23, 473-491
39. Wallin D. *Attachment in Psychotherapy*, The Guilford Press, New York, 2007
40. Worm G. Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung. En Geissler P. & Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer-Verlag, Wien, 2007, pp. 211-238