

ENSAYO

LENGUAJE CORPORAL E INTENCIONALIDAD RELACIONAL¹

(Rev GPU 2008; 4; 1: 83-92)

André Sassenfeld²

El eje central del presente trabajo es la noción de que la situación clínica está definida en cierto nivel por los procesos interactivos no-verbales que se producen de modo continuo a través del cuerpo del paciente y el cuerpo del psicoterapeuta. Se exploran los procesos de lectura corporal que transcurren de forma explícita e implícita en el marco de la interacción psicoterapéutica, para lo cual se utilizan conceptos pertenecientes al campo de la psicoterapia corporal y al reciente campo del neuropsicoanálisis. Se explora, más allá, la noción de la intencionalidad relacional mediada por el lenguaje corporal del paciente y se ejemplifica el uso y la utilidad terapéutica de esta noción con algunas viñetas clínicas.

El propósito de este trabajo es presentar algunas reflexiones acerca de la intersección entre psicoterapia corporal y psicoanálisis relacional en general y acerca de una aproximación relacional a la lectura corporal en particular. En este contexto, nos centraremos de modo específico en la lectura del cuerpo en cuanto reconocimiento y comprensión del lenguaje comunicativo somático que se pone de manifiesto en la expresión no-verbal del paciente. Con esta finalidad recurriremos a un conjunto de hallazgos recientes del neuropsicoanálisis y de la comprensión contemporánea de los múl-

tiples procesos tácitos que fundamentan y regulan las interacciones humanas. Después de examinar algunos conceptos básicos pertenecientes a la lectura corporal tal como es entendida tradicionalmente, describiremos los procesos implícitos que posibilitan el reconocimiento del lenguaje corporal de otras personas y diferenciamos entre la lectura corporal implícita y explícita. Más allá, examinaremos la noción de la intencionalidad relacional del gesto corporal y proporcionaremos algunos ejemplos de cómo se revela y de cómo puede resultar terapéuticamente útil en la situación clínica.

¹ Versión escrita de una ponencia del mismo título presentada en las VII. Jornadas Clínicas de la Clínica de Atención Psicológica (CAPs), Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, U. de Chile.

² Psicólogo clínico, Departamento de Psicología y Facultad de Odontología, U. de Chile. Académico Escuela de Psicología, U. del Pacífico. Contacto: asjorquera@hotmail.com/www.sassenfeld.cl

SOBRE LA LECTURA TRADICIONAL DEL LENGUAJE CORPORAL

La lectura del cuerpo forma parte integral de las herramientas clínicas utilizadas en la psicoterapia corporal de orientación post-reichiana, siendo uno de sus objetivos principales la evaluación diagnóstica (Eiden, 2002; Hauswirth, 2004; Smith, 1985; Totton, 2003). Aunque psicoterapeutas corporales de otras orientaciones teóricas a menudo prescinden de la teoría del carácter, de su formación y sus diferentes estructuras para guiar su exploración del cuerpo del paciente, resulta indispensable a la psicoterapia corporal que se inscribe en la tradición reichiana. En otras palabras, en los acercamientos terapéuticos post-reichianos las categorías psicopatológicas y caracterológicas como aquellas elaboradas originalmente por Reich ([1933] 1945) y con posterioridad por Lowen (1958, 1975) constituyen la base conceptual que sustenta una lectura acertada del cuerpo y un entendimiento certero de los significados que contiene. El conocimiento de la expresión natural de diferentes emociones en y a través del cuerpo, tal como fue sistematizado en un comienzo por Darwin (1872), también es de gran utilidad a la hora de comprender los significados que comunica el lenguaje corporal porque cada "afecto tiene un patrón distintivo que combina configuración facial, tono muscular, gesto, postura y cualidades vocales" (Pally, 2001, p. 73). Más allá, el manejo de nociones básicas acerca de las funciones llevadas a cabo por los diferentes sistemas corporales y acerca de las relaciones que existen entre ellos conforma una base necesaria para la adecuada comprensión de lo que comunica un cuerpo por medio de sus expresiones.

En términos concretos, la lectura corporal incluye la consideración sistemática de la expresión general, expresión facial, postura, actitudes, gestos, cualidad de los movimientos, forma de respirar, cualidad energética y tono muscular (hipertono/hipotono) presentes en el cuerpo del paciente, además del registro de impresiones sensoriales e intuitivas subjetivas variadas que experimenta el terapeuta. Asimismo, puede incluir la adopción e imitación de partes del cuerpo o de la postura general del paciente con la finalidad de experimentar desde un punto de vista empático las sensaciones, sentimientos y pensamientos que ésta hace surgir en la experiencia del terapeuta. Conger (1994) distingue tres niveles principales en los cuales se puede leer el cuerpo: la presentación auto-consciente, vinculada con la máscara social o la forma en la que el paciente se intenta mostrar en un primer momento al terapeuta; la sombra o patrón defensivo, ligado a los conflictos biográficos relacionales y emocionales, la manera específica en la

que han sido manejados y la manera específica en la que se expresan en términos somáticos; y el nivel de la naturaleza profunda del individuo, llamada por Reich "núcleo bioenergético", que corresponde a la identidad orgánica más auténtica.

Existen amplias diferencias en cuanto a lo que los psicoterapeutas hacen con la información que detectan por medio de la lectura del cuerpo (Totton, 2003), variando desde la ubicación de la estructura caracterológica del paciente en un sistema conceptual definido de los tipos de carácter con la finalidad de obtener directrices clínicas específicas, pasando por el uso de metáforas descriptivas que pueden ser comunicadas al paciente a fin de explorar la resonancia emocional que tienen en éste (p. ej., imágenes de animales, elementos, etc. que evocan partes del cuerpo o la actitud general), hasta formas más intuitivas e implícitas de entretejer las propias impresiones con las características particulares que asume un proceso terapéutico. La tarea general del psicoterapeuta es, con todo, "observar la estructura física, advertir los fenómenos físicos presentes y generar hipótesis en cuanto a la dinámica psicobiológica de ese paciente basándose en los fenómenos observados" (Smith, 1985, p. 70). Dicho de otro modo, la lectura del cuerpo busca establecer vínculos claros entre los fenómenos somáticos y los fenómenos psicológicos que forman parte de una misma estructura caracterológica unitaria que se manifiesta tanto en el cuerpo como en la mente, tal como se desprende del principio cardinal de la identidad funcional de psique y soma formulado por Reich (1942).

De acuerdo a Smith (1985), la lectura del cuerpo se basa en el principio fundamental de que la estructura es función congelada. En este sentido, la estructura corporal del paciente representa una declaración concreta condensada de su historia psicobiológica y, al mismo tiempo, de su funcionamiento psicobiológico actual. Por lo tanto, detrás "del uso, no uso o abuso del cuerpo yacen decisiones orgánicas tomadas en respuesta a los mensajes parentales recibidos" (p. 70) en el transcurso de los primeros años de vida. Desde el punto de vista clínico, Hauswirth (2004) considera que la lectura del cuerpo

posibilita un análisis funcional, a partir del cual hasta algún grado puede derivarse la historia personal del individuo. Le proporciona al terapeuta indicios respecto de las metas particulares que deben ser alcanzadas, y esto con independencia de las declaraciones verbales del paciente. A raíz de un análisis de esta naturaleza puede desarrollarse una intervención orientada al cuerpo (p. 78).

Por supuesto, en virtud del principio de la identidad funcional, las intervenciones orientadas a “descongelar” o desbloquear la manifestación somática de la estructura caracterológica también tienen el potencial de modificar la manifestación psíquica del carácter. Por otro lado, la lectura corporal también puede ayudar al paciente a identificarse con partes de su cuerpo que se encuentran desconectadas o que tienden a ser ignoradas (Eiden, 2002). A partir de los elementos descritos, podemos concluir que la concepción tradicional de la lectura del cuerpo está arraigada en una psicología unipersonal, en la cual la fundamental inter-relación de terapeuta y paciente se encuentra en un segundo plano. Es decir, lo relevante para el terapeuta es la estructura somática del paciente en sí misma y no en cuanto a su eventual función comunicativa o interactiva en la relación terapéutica actual.

NEUROPSICOANÁLISIS Y COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE CORPORAL

El emergente campo del neuropsicoanálisis³, que busca integrar los hallazgos de las neurociencias contemporáneas y del psicoanálisis contemporáneo en una teoría interdisciplinaria comprensiva del desarrollo temprano, la psicopatología y la psicoterapia, entre otras cosas se ha ocupado intensamente de estudiar los diversos procesos implícitos no conscientes que fundamentan y subyacen a la interacción infante-cuidador y paciente-terapeuta (Beebe & Lachmann, 2002; Pally, 2001; Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2005a, 2005b). En este sentido, ha prestado atención en especial a la comunicación no-verbal somática que se produce entre y a través de los cuerpos de quienes interactúan.

Schore (1994) describe la naturaleza de los estudios existentes acerca de los procesos psicoterapéuticos con anterioridad a la aparición del neuropsicoanálisis de la siguiente manera:

La mayor parte de tales investigaciones [...] se focaliza en los output verbales del paciente como datos primarios del proceso psicoterapéutico. A menudo, este material es representado en transcripciones y no en registros efectivos de las con-

ductas verbales de un paciente (e incidentalmente del terapeuta). Tales muestras borran por completo las esenciales claves prosódicas “escondidas” y las transacciones visuo-afectivas que son comunicadas entre paciente y terapeuta. Sugiero que un foco casi exclusivo de la investigación sobre eventos psicoterapéuticos verbales y cognitivos en vez de no-verbales y afectivos ha restringido severamente nuestra comprensión más profunda del proceso terapéutico diádico. En esencia, estudiar sólo las actividades del hemisferio izquierdo nunca podrá dilucidar los mecanismos de los trastornos socio-emocionales que surgen a partir de las limitaciones de la regulación afectiva del hemisferio derecho (p. 469).

Así, la investigación neuropsicoanalítica ha focalizado sus esfuerzos en la exploración y comprensión del ámbito no-verbal inconsciente que, en términos del sistema nervioso, ha sido vinculado con el hemisferio cerebral derecho. En efecto, se ha planteado la hipótesis de que el cerebro derecho representa el sustrato neurológico del inconsciente (Schore, 2003b, 2005b). Además, tal como menciona Schore, también el ámbito de la afectividad y de la regulación de los afectos ha sido ligado al funcionamiento del hemisferio derecho.

La distinción entre procesos implícitos y explícitos es una concepción central en el neuropsicoanálisis. Mientras que el procesamiento psicológico explícito de la experiencia hace referencia a procesos psíquicos conscientes y verbales o al menos verbalizables, el procesamiento implícito de la experiencia remite a procesos psíquicos inconscientes que transcurren fuera de la atención, que en general no son verbalizables por completo y que, más allá, no son necesariamente del todo conscientizables. Los procesos psíquicos implícitos están ligados a las actividades mentales pre-verbales repetitivas y automáticas que proveen decisiones inmediatas respecto de las situaciones externas que el organismo enfrenta (Beebe & Lachmann, 2002; Lyons-Ruth, 1999; Schore, 2003a, 2003b, 2005b). Para nuestros propósitos, es significativo constatar que los investigadores han aportado diversos hallazgos que apoyan el punto de vista de que el procesamiento implícito juega un papel primordial específicamente en el manejo rápido e instantáneo de las claves afectivas no-verbales involucradas en la comunicación recíproca, que incluye en particular claves conductuales, expresiones faciales, gestos, tono de voz y cambios viscerales como sudoración y coloración de la piel (Pally, 2001).

Trevarthen y Aitken (2001) describen, desde esta perspectiva, la existencia de “proto-diálogos” tempranos

³ Incluimos aquí en el campo del neuropsicoanálisis también la investigación contemporánea de infantes, que no siempre está ligada explícitamente a una concepción neurobiológica de los fenómenos que estudia pero que, sin embargo, es congruente y complementaria de los hallazgos de las neurociencias.

nos entre el infante y su cuidador primario que se basan en mensajes visuales ojo-a-ojo, gestos táctiles y corporales y vocalizaciones prosódicas. Estos proto-diálogos corresponden, en esencia, a comunicaciones emocionales bi-direccionales que, en cuanto tales, implican la capacidad de ambos participantes para enviar y, en especial, para decodificar y reconocer el significado de los mensajes no-verbales del otro. “El procesamiento diádico implícito de estas comunicaciones no-verbales de apego de expresión facial, postura y tono de voz es el producto de las operaciones del hemisferio derecho del infante en interacción con el hemisferio derecho de la madre” (Schore, 2005b, p. 833). Más allá, el hemisferio derecho no sólo es dominante en cuanto a la comunicación emocional tácita sino, además en cuanto al mecanismo de improntación, que es considerado uno de los mecanismos centrales que subyace a la formación de los lazos de apego con figuras significativas. En total, los procesos interaccionales implícitos constituyen la base pre-verbal de la naciente personalidad porque durante los primeros años de vida comienzan a ser representados de modo implícito en la psique emergente del niño (Beebe & Lachmann, 2002; Schore, 2003a, 2003b). Así, los inicios de la subjetividad son concebidos en términos relacionales e interactivos.

Los procesos comunicativos implícitos tienen, en consecuencia, sus orígenes en la díada infante-cuidador. Sin embargo, a partir de entonces, acompañan la comunicación verbal explícita a lo largo de toda la vida y, por supuesto, están presentes en la relación psicoterapéutica. Existe efectivamente un gran número de formas de comunicación no-verbal en todos los intercambios relacionales —“cuerpo a cuerpo, biología a biología” (Pally, 2001, p. 72). Tal como afirma Lyons-Ruth (2000), la

mayoría de las transacciones relacionales recurren fuertemente a un sustrato de claves afectivas que proporcionan una valencia evaluativa o dirección a cada comunicación relacional y estas comunicaciones son llevadas a cabo en un nivel implícito de una rápida emisión de señales y respuestas que se produce con demasiada rapidez como para realizar una traducción verbal y reflexión consciente simultáneas (pp. 91-92).

Es decir, los intercambios relacionales que se producen entre paciente y terapeuta transcurren en dos niveles al mismo tiempo: existe un proceso verbal explícito de comunicación ligado al funcionamiento del hemisferio cerebral izquierdo y un paralelo proceso no-verbal implícito de comunicación vinculado con el fun-

cionamiento del hemisferio derecho. Esto significa que, en todo momento, *existe una lectura corporal implícita recíproca* que le permite a paciente y terapeuta descifrar en un nivel no consciente —pero no por ello menos influyente— los mensajes no-verbales que acompañan las palabras específicas emitidas por ambos. Más allá, la investigación neuropsicoanalítica ha puesto al descubierto que la situación clínica completa y la interacción terapéutica diádica en particular están muchas veces determinadas en mayor medida por estas comunicaciones bi-direccionales de hemisferio derecho a hemisferio derecho que por la comunicación verbal explícita (Beebe, 1998; Schore, 2003b, 2005b).

Schore (2003b) resume lo dicho de la siguiente manera: en el contexto de la interacción psicoterapéutica, el terapeuta

está prestando atención consciente y explícitamente a las verbalizaciones del paciente con la finalidad de diagnosticar y racionalizar en términos objetivos la sintomatología de dis-regulación del paciente. Pero también está escuchando e interactuando en otro nivel, un nivel subjetivo cercano a la experiencia, un nivel que procesa implícitamente momento-a-momento la información socio-emocional en niveles por debajo de la conciencia (p. 52).

Estas ideas nos permiten ofrecer una explicación más completa de la lectura del cuerpo. En primer lugar, es indispensable diferenciar entre procesos implícitos y explícitos de lectura corporal. En segundo lugar, queda claro que una de las diferencias principales entre estas dos modalidades de lectura corporal yace en sus características y funciones. La modalidad tradicional explícita, como ya hemos mencionado con anterioridad, se produce en gran medida de modo consciente e involucra procesos psíquicos verbalizables, estando su función relacionada con la comprensión uni-direccional de la historia del paciente a través de sus inscripciones caracterológicas corporales. En cierto sentido, en ella el cuerpo del paciente es entendido como conjunto de “verbalizaciones” que pueden ser decodificadas en términos explícitos.

La modalidad implícita, por su parte, es un proceso no consciente, difícil de verbalizar y esencialmente bi-direccional cuya función primordial guarda relación con la comunicación recíproca. En consecuencia, se trata de un proceso de naturaleza inherentemente relacional que da cuenta de la existencia de intencionalidades vinculares que son expresadas en el nivel corporal no-verbal. En esto se diferencia de otros conceptos ela-

borados por los psicoterapeutas corporales que parecen hacer referencia a fenómenos implícitos similares, como la resonancia somática y la identificación vegetativa (Boadella, 1997a), ya que tales conceptos parecen enfatizar más una orientación uni-direccional —el terapeuta puede hacer uso consciente de la resonancia somática y la identificación vegetativa para profundizar su comprensión de la experiencia del paciente. Desde el punto de vista que hemos desarrollado, podemos suponer que la capacidad explícita de leer el cuerpo, aun siendo diferente de los procesos implícitos de lectura corporal que hemos descrito, tiene su fundamento tanto biográfico como actual en ellos. Por supuesto, ambas modalidades de lectura corporal cumplen funciones relevantes en el marco de la psicoterapia dado que refieren a aspectos distintos pero complementarios de los procesos que caracterizan el encuentro terapéutico.

INTENCIONALIDAD RELACIONAL, PROCESO PSICOTERAPÉUTICO Y LECTURA DEL LENGUAJE CORPORAL

Tanto en el psicoanálisis relacional como en el campo de la psicoterapia corporal, en los últimos años ha surgido la noción de un *cuerpo relacional*, es decir, ha hecho aparición una concepción relacional del cuerpo que enfatiza que la corporalidad y la estructura corporal son fenómenos que emergen y adoptan formas específicas a partir de las modalidades de vinculación existentes en la diada temprana y, posteriormente, en la relación terapéutica (Aron & Anderson, 1998; Cornell, 2003; Orbach, 2004; Sassenfeld, 2007). El título de un trabajo reciente de Orbach (2004) aclara el concepto de un cuerpo relacional: parafraseando a Winnicott, asevera que “No existe tal cosa como un cuerpo”, lo que indica que el desarrollo de un cuerpo y la diferenciación de una experiencia corporal sólo pueden producirse en relación a otro cuerpo y a otra experiencia corporal. Visto desde el punto de vista de la psicoterapia corporal, también puede considerarse que la “forma en la que una persona establece una relación con otra persona abarca procesos y patrones de acción que son formas celulares, motoras y musculares de expresión” (Keleman, 1986, p. 7). En términos clínicos, lo dicho significa, tal como señala Aron (1999), que una “psicología de dos personas es, en realidad, una psicología de dos cuerpos, no se trata sólo de un encuentro de mentes sino de personas que incluyen cuerpos” (pp. 267-268).

Por otro lado, Boadella (1997a, 1997b) ha subrayado la importancia de trabajar terapéuticamente con la intencionalidad inherente a las tendencias corporales al movimiento y la acción. En este sentido, ha definido al-

gunos patrones específicos de intencionalidad del movimiento del cuerpo que denomina campos motores, incluyendo flexión y extensión, oposición y tracción, absorción y activación y rotación y canalización. Boadella liga estos patrones motores con diferentes tipos de movimientos que surgen de modo gradual en el desarrollo infantil y, más allá, afirma que su potencial adaptativo cristaliza como respuesta al entorno existente. Uniendo las ideas contenidas en la sección anterior, las ideas recién mencionadas acerca de un cuerpo relacional y la concepción de Boadella, podemos entonces hablar de la existencia de una intencionalidad relacional en muchas de las expresiones no-verbales implícitas que constituyen gran parte de la interacción y comunicación terapéutica. En otras palabras, podemos suponer que una gran parte del lenguaje corporal no consciente que el paciente y el terapeuta expresan contiene intencionalidades dirigidas al otro, como acercarse, alejarse, empujar, atraer, oponerse, contactar, esconderse, etc. Y, como dice Boadella (1997a), la tarea del terapeuta es, en esencia, entender el contenido afectivo y psíquico del lenguaje somático de la intencionalidad.

Por un lado, el hecho de que la intencionalidad relacional que se manifiesta en la expresión no-verbal implícita del paciente en la situación terapéutica lo haga de modo claro, directo, distorsionado, bloqueado o repetitivo guarda relación con las expectativas relacionales implícitas o conocimiento relacional implícito (Lyons-Ruth, 1999; Stern, 1998; Stern *et al.*, 1998) que este construyó en el contexto de las interacciones comunicativas en la diada temprana. De hecho, las intencionalidades relacionales somáticas forman parte del conocimiento relacional implícito. Un vínculo infante-cuidador que no permite o que permite sólo parcial o condicionalmente la aparición y el desarrollo de determinados campos motores genera reglas implícitas que determinan qué expresiones no-verbales están permitidas o prohibidas en los intercambios emocionales en general. Por ejemplo, una madre que experimenta angustia frente a la posibilidad de que su hijo empiece a ser capaz de alejarse en términos físicos de ella, posiblemente contribuya a establecer un sistema implícito de reglas vinculares en el cual la intencionalidad relacional de alejarse del otro sea en alguna medida excluida o al menos dificultada, incluyendo su manifestación somática muscular, fisiológica y conductual. Con posterioridad, en el contexto de la relación psicoterapéutica, indicios corporales de la intencionalidad relacional de alejamiento pueden resultar estar ausentes, distorsionados o bloqueados en el lenguaje corporal de un paciente con una historia de tales características, mientras que indicios corporales de la intencionalidad

relacional de acercamiento pueden estar demasiado presentes y determinar en gran medida la vinculación que el paciente establece con el terapeuta.

Por otro lado, a pesar de que paciente y terapeuta traen su propio conocimiento relacional implícito al encuentro terapéutico y le confieren forma a su relación en función de la naturaleza de éste, en conjunto construyen una manera propia más o menos flexible de interactuar y comunicarse que da lugar a un sistema característico de reglas relacionales. La construcción de este sistema de reglas vinculares nuevamente permite y prohíbe la expresión no-verbal de determinadas intencionalidades relacionales. Así, no sólo existen campos motores cuya expresión está prohibida o permitida debido al propio conocimiento relacional implícito histórico, sino también campos motores prohibidos o permitidos ligados a la construcción actual de expectativas relacionales con el psicoterapeuta como figura vincular nueva que tiene algún grado de independencia respecto del pasado del paciente. Ésta es una de las diferencias existentes entre el concepto del conocimiento relacional implícito y la noción tradicional de la transferencia.

Desde esta perspectiva, una dimensión significativa del cambio en la psicoterapia está relacionada, en lo fundamental, con facilitar la aparición, la conciencia y el despliegue de intencionalidades relacionales en alguna medida inhibidas por las expectativas implícitas históricas respecto de las interacciones humanas. Asimismo, el cambio involucra la exploración de las reglas relacionales que influyen la interacción terapéutica presente prohibiendo el desarrollo de ciertos campos motores, y su eventual modificación con la consiguiente ampliación de posibilidades de manifestar ciertas intencionalidades relacionales. Este proceso diádico que afecta la expresión no-verbal de intencionalidades relacionales es en algún sentido equivalente al proceso de cambio descrito por Stern *et al.* (1998) como expansión, reorganización y transformación del conocimiento relacional implícito en el seno de experiencias vinculares nuevas experimentadas en la relación terapéutica. Stern (1998) supone que una gran parte de la acción psicoterapéutica que genera cambios involucra alteraciones del conocimiento implícito del paciente respecto de qué hacer, pensar y sentir en contextos vinculares específicos. En total, dos mecanismos fundamentales del cambio en el proceso psicoterapéutico son, por lo tanto, la clarificación de las experiencias relacionales históricas del paciente y, además, la generación de experiencias relacionales nuevas (Fosshage, 2003), a lo que podríamos entonces agregar que la dimensión somática implícita de ese conjunto de experiencias es de especial importancia.

Lo que hemos dicho acerca de la noción de la intencionalidad relacional está estrechamente relacionado con la lectura del lenguaje corporal. Hauswirth (2004) considera que la lectura del cuerpo incluye “la interacción entre paciente y terapeuta, las modulaciones en conexión con parámetros como cercanía versus distancia [...]” (p. 77), ampliando su foco uni-direccional original más allá del cuerpo del paciente como tal hacia el vínculo que establecen paciente y terapeuta. De esta manera, por un lado, el proceso clínico de la lectura explícita del cuerpo del paciente puede pasar a contemplar los procesos de comunicación emocional no-verbal recíproca como parte de su campo de atención. Dado que los procesos somáticos implícitos de comunicación por definición sólo son conscientizables y verbalizables en cierto grado, esto es posible en esa misma medida, una circunstancia que no le resta valor clínico a esta forma de proceder. Tal como asevera Lyons-Ruth (1998), en el contexto psicoterapéutico, algunas pequeñas áreas del conocimiento relacional implícito del paciente pueden ser articuladas en términos verbales e interpretadas en términos transferenciales. Sin embargo, las áreas que pueden explicitarse conscientemente representan tan sólo una reducida fracción de la totalidad del conocimiento relacional del paciente.

Por otro lado, la lectura corporal implícita se convierte en un aspecto esencial y omnipresente del proceso psicoterapéutico que, a pesar de ello, es utilizable de modo consciente sólo parcialmente. En la actualidad, está claro que la percepción de las claves no-verbales recurre de modo primario a los órganos de los sentidos (en particular, ojos y oídos) y a canales sensoriales “interiores” ligados a los órganos viscerales del cuerpo (Pally, 2001). Más allá, sabemos que para el terapeuta “la capacidad de recibir y expresar comunicaciones dentro del ámbito implícito se optimiza cuando el clínico se encuentra en un estado de receptividad del cerebro derecho” (Schore, 2005b, pp. 841-842). El tipo de atención implicado en esta receptividad del hemisferio derecho está entre otros aspectos vinculado con captar características globales en vez de detalles particulares, correspondiendo a una percepción “abierta” en vez de focalizada y analítica. Según Schore (2005b), para “hacer esto, el clínico debe acceder a sus propias respuestas intuitivas de base corporal respecto de las comunicaciones implícitas de base corporal del paciente” (p. 843). Esto significa que el terapeuta necesita ser capaz de monitorear sus propias respuestas afectivas somáticas respecto de las comunicaciones faciales, gestuales y prosódicas implícitas del paciente. Lewis (2005) entiende esta experiencia del terapeuta como una especie de intuición corporal empática de las pro-

fundidades y los matices de la experiencia del paciente. Beebe (2004), por su parte, afirma: “Nos podemos enseñar a nosotros mismos a observar estas interacciones no-verbales implícitas simultáneamente en nosotros y en nuestros pacientes, expandiendo nuestra propia conciencia y, dónde resulte útil, la del paciente” (p. 49).

Así, desde una perspectiva neuropsicoanalítica, nuestra formulación anterior del proceso de cambio psicoterapéutico puede ser reformulada de la siguiente manera:

En este diálogo intersubjetivo, el clínico intuitivo y psicobiológicamente entonado está aprendiendo, a partir del primer punto de contacto, acerca de las estructuras rítmicas no-verbales momento-a-momento de los estados internos del paciente y está modificando de modo relativamente flexible y fluido su propio comportamiento para sincronizarse con esa estructura, co-creando con ello junto al paciente un contexto facilitador del crecimiento [...] (Schore, 2005b, p. 845)

En tal contexto facilitador del crecimiento, a través de la coordinación del comportamiento no-verbal implícito del terapeuta con los ritmos no-verbales implícitos del paciente, pueden surgir y desplegarse precisamente aquellas intencionalidades relacionales que se traslucen con mayor o menor claridad en el lenguaje corporal del paciente. Por lo tanto, a la luz de lo que hemos dicho, el terapeuta requiere tanto de la información que le entrega una lectura corporal explícita del cuerpo del paciente y de la interacción somática que entabla con el terapeuta, como de la lectura implícita del cuerpo que le permite entonarse intuitivamente con el ritmo emocional no-verbal del paciente y a partir de ese entonamiento facilitar experiencias vinculares nuevas que amplíen y transformen las expectativas relacionales existentes.

LA INTENCIONALIDAD RELACIONAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Ejemplificaremos algunos aspectos de lo que hemos planteado con anterioridad a través de algunas secuencias interactivas comunicativas en las cuales la intencionalidad relacional manifestada en el lenguaje corporal jugó un papel central en la clarificación del conocimiento relacional implícito de la paciente y, con ello, abrió la posibilidad de explorar algunos elementos significativos de su historia relacional o de constatar que se habían efectivamente producido modificaciones en sus expectativas relacionales.

Viñeta clínica 1:

En los inicios del trabajo terapéutico con una paciente de veintidós años de edad, durante una sesión comenzamos a hablar acerca de algunas vivencias que ella califica de “extrañas” y que tiende a descalificar como “medias locas” y “exageradas”. Le pido que me describa con mayor detalle la naturaleza y las características de las vivencias en cuestión. En la medida en la que sigue hablando, se incomoda y repentinamente toma un cojín que se encuentra a su lado y lo coloca frente a su rostro, impidiéndome verla.

Éste es un ejemplo simple —una circunstancia que no le resta valor en cuanto las situaciones “simples” abundan en la práctica clínica— ya que la intencionalidad relacional de la conducta de la paciente resulta fácilmente reconocible. El uso del cojín le permite *esconderse* del terapeuta, indicando en términos generales que siente que los contenidos de su discurso pudieran gatillar alguna reacción por parte del otro que ella no desea enfrentar de modo directo. Es de gran relevancia aclarar que el trabajo terapéutico con la intencionalidad relacional del lenguaje somático no se centra en los contenidos del discurso, sino de manera específica en el significado vincular de una determinada expresión corporal no-verbal. Así, en la situación descrita, en vez de continuar enfocando *lo que* la paciente había estado relatando, decidí explorar su *forma* de relacionarse conmigo cuando se trata de hablar de contenidos aparentemente conflictivos. Esta manera de proceder guarda una relación estrecha con los principios básicos de la metodología clínica del análisis del carácter elaborada por Reich (1945 [1933]), que también privilegia la atención terapéutica en la forma en la que el paciente se expresa por sobre la atención en el contenido particular de lo que relata.

Esta indagación nos permitió comprender que el hecho de mostrarle a un otro una determinada área de sus experiencias le generaba una intensa vivencia de vergüenza. Al profundizar en esta vivencia, quedé al descubierto que en muchas ocasiones sus padres habían tendido a reaccionar frente a ciertas cosas que ella les contaba con respuestas de descalificación, humillación y también temor. En consecuencia, la paciente había construido expectativas relacionales de que, dada la situación de exponer ciertos aspectos de su mundo interno, el otro reaccionaría de la misma manera. En este caso, la intencionalidad relacional expresada en su uso del cojín en el contexto terapéutico —esconderse con la finalidad de evadir la reacción del otro— nos condujo a explicitar un aspecto importante de su cono-

cimiento relacional implícito histórico. Más allá, con el paso del tiempo, el reconocimiento y la exploración del significado vincular de su gesto corporal hizo posible que la paciente atravesara la experiencia repetida de poder compartir conmigo algunas de sus vivencias que más la avergonzaban sin que esto implicara reacciones emocionales como aquellas que esperaba. Secuencias comunicativas similares a la que hemos mencionado se produjeron en el transcurso del proceso terapéutico en diversas oportunidades y nuestra conciencia compartida de su significado subyacente facilitó la gradual transformación o matización de sus expectativas relacionales.

Cabe agregar que también hubiese sido posible examinar si acaso el lenguaje somático no-verbal del terapeuta incluyó en la secuencia descrita signos implícitos de una respuesta emocional parecida a las reacciones originales de los padres de la paciente. Una situación de ese tipo guarda relación con el concepto de la escenificación [enactment] relacional (véase en particular Jacobs, 2001), muy utilizado en el psicoanálisis contemporáneo, en la cual el terapeuta efectivamente actúa de manera similar a ciertas figuras significativas en la historia del paciente y con ello genera una especie de re-actualización de escenarios vinculares que forman parte de la historia relacional del paciente. En ese caso, el gesto corporal de la paciente hubiese tenido un significado relacional adicional enraizado en la relación actual con el terapeuta y su exploración podría haber explicitado una regla vincular propia del vínculo terapéutico. Tal explicitación, a su vez, podría haber sido el punto de inicio para una modificación del conocimiento relacional implícito co-construido y compartido por paciente y terapeuta.

Viñeta clínica 2:

Alrededor de los dieciocho meses del proceso terapéutico, una paciente con un diagnóstico psiquiátrico de un trastorno grave del ánimo y con algunas características propias de un funcionamiento fronterizo de la personalidad empieza a decirme en repetidas ocasiones que le parece raro que yo siempre le encuentre la razón y que desearía saber más acerca de lo que yo pienso acerca de determinadas cuestiones que surgen en nuestras conversaciones. (Esto ocurre frente al trasfondo de un proceso terapéutico guiado en gran medida por los principios clínicos de la psicología psicoanalítica del self [Kohut, 1977, 1984; Sassenfeld, 2006; Wolf, 1988], que enfatiza entre otras cosas la importancia del reflejo emocional como estrategia facilitadora de la construcción de estructura psíquica. De ahí su

percepción de que yo “le encuentro siempre la razón.”) De manera simultánea, al comienzo de cada sesión empieza a colocar su sillón, que de modo habitual está ubicado en un pequeño ángulo respecto del sillón del terapeuta, enfrentándolo directamente. Sin comentar o cuestionar su acción, que surge en un momento de la psicoterapia en el cual la paciente ha logrado mantener una cierta estabilidad emocional y concretar ciertos proyectos personales, durante y entre varias sesiones reflexiono acerca de sus posibles significados.

A partir de sus repetidas declaraciones y especialmente a partir de su repetida acción de mover su sillón, con el tiempo comprendo que la intencionalidad relacional que aparece en el encuentro terapéutico está relacionada con *encaramme* —dicho en términos psicológicos y vinculares, la paciente busca relacionarse conmigo de “igual a igual” y no ya como alguien que actúa como una especie de espejo de su propio mundo interior, carente de subjetividad propia. En otras palabras, busca relacionarse conmigo intersubjetivamente (Beebe *et al.*, 2003; Benjamin, 1990), una posibilidad de vinculación que en muchas condiciones psicopatológicas está dificultada o perturbada. En este sentido, el surgimiento de esta modalidad vincular puede ser considerado un logro del desarrollo psíquico y del cambio terapéutico de la paciente, de significación especial en su caso dado el antecedente del funcionamiento de la personalidad con algunas características limitrofes. Por supuesto, este entendimiento no nace exclusivamente sobre la base de una lectura y un reconocimiento de la intencionalidad relacional implicada en su acción con el sillón en la situación terapéutica, sino que está ligado adicionalmente a un conocimiento explícito amplio de su historia y a un conocimiento implícito específico de las manifestaciones no-verbales que se han sucedido en el transcurso del proceso terapéutico a lo largo de un año y medio.

En este ejemplo, la intencionalidad relacional que trasluce en su acción no-verbal no nos conduce a una clarificación de algún aspecto de su conocimiento relacional implícito histórico, aunque sí nos muestra en términos generales que la posibilidad de relacionarse de manera intersubjetiva “cara-a-cara” con un otro no se encontraba con anterioridad integrada en su repertorio relacional. Más bien, la intencionalidad relacional expresada actúa como indicador de que las posibilidades relacionales viables dentro del rango de sus expectativas vinculares se han ampliado. Podríamos tal vez expresar esta circunstancia indicando que el “monólogo” terapéutico ha pasado a transformarse en la posibilidad

de “diálogo” terapéutico, en el cual ella ahora puede tolerar e incluso desea o necesita que participen dos sujetos para poder continuar su desarrollo psicológico. Esto, a su vez, nos permite suponer que su conocimiento relacional implícito ha sido transformado a través de experiencias vinculares nuevas con la figura del terapeuta —sin que esto ocurriera en el nivel explícito y consciente, sino en el nivel implícito inconsciente. Así, durante el proceso terapéutico, el terapeuta ha contribuido de modo no-verbal, aunque sin intención explícita, a que la paciente experimentara una modalidad diferente de vinculación a nivel del proto-diálogo emocional recíproco en el contexto clínico. En este caso, el terapeuta en ningún momento se refirió en términos verbales a su comprensión del lenguaje somático de la paciente sino que se limitó a dejar de recurrir predominantemente al reflejo emocional y comenzó a introducir en la conversación terapéutica cuidadosamente puntos de vista diferentes de aquellos manifestados por la paciente, apoyando la intencionalidad relacional que había surgido entre ellos.

REFLEXIONES FINALES

La concepción de una intencionalidad relacional que se manifiesta a través del lenguaje corporal implícito intenta unir las dimensiones relacional y somática en una comprensión más integrada de algunas experiencias del paciente en el contexto psicoterapéutico. Ofrece, con ello, una vía de acceso al conocimiento relacional implícito pre-verbal que el paciente trae consigo y, más allá, al sistema de reglas vinculares que éste co-construye con el terapeuta en su relación actual. Utilizado clínicamente, este acceso puede generar posibilidades significativas de conscientización explícita y reorganización implícita de las expectativas relacionales del paciente y también de la diada terapéutica, además de contener el potencial de contribuir al surgimiento de formas novedosas de vinculación entre ambos participantes. Y, tal como ha puesto al descubierto la investigación contemporánea de los mecanismos de cambio en la psicoterapia, uno de los procesos centrales involucrados en el cambio constructivo de la personalidad está ligado a la expansión y transformación del conocimiento relacional del paciente (Stern, 1998; Stern *et al.*, 1998).

El neuropsicoanálisis ha acercado a un público profesional amplio la idea de que el “diálogo corporal en la relación terapéutica” (Keleman, 1986) es una dimensión clave de los procesos de interacción y comunicación emocional que se producen en el contexto de la psicoterapia. Tal como enfatiza Schore (2005b), uno

de los voceros más destacados de la investigación neuropsicoanalítica,

Los elementos críticos de las comunicaciones intersubjetivas inconscientes implícitas arraigadas en transacciones afectivamente cargadas de apego son más que contenidos mentales; más bien, son procesos psicobiológicos somáticos interactivamente comunicados, regulados y dis-regulados que median los estados emocionales conscientes e inconscientes compartidos (pp. 843-844).

Por lo tanto, a la luz de estos nuevos hallazgos, la comprensión conceptual de los procesos implícitos somáticos y relacionales implicados en todo proceso psicoterapéutico se ha convertido en una necesidad imperiosa. La psicoterapia corporal dispone de un amplio conjunto de herramientas clínicas para aprender a reconocer, describir, entender y utilizar terapéuticamente el lenguaje corporal no-verbal del paciente, pero recién está empezando a asimilar el énfasis actual sobre la gran importancia de la relación e interacción entre paciente y terapeuta. Los terapeutas influenciados por el neuropsicoanálisis, por su parte, disponen de una profunda comprensión de los procesos vinculares implícitos y no conscientes que transcurren en el marco de la relación terapéutica, pero carecen aún de conocimientos sistemáticos acerca de lo que Boadella (1997a) llama “semántica somática” —el conocimiento de los significados que expresa el lenguaje del cuerpo. En este trabajo hemos intentado comenzar a tender un puente entre ambas aproximaciones, una tentativa que aún se encuentra en sus inicios pero que nos parece muy prometedora tanto desde el punto de vista clínico como del punto de vista teórico.

Concluiremos con las siguientes palabras de Pally (2001): los psicoterapeutas “necesitan pasar más tiempo estando conscientes de las conexiones ‘cuerpo a cuerpo’ junto a las conexiones ‘mente a mente’ con sus pacientes” (p. 72). Esta forma de proceder permitirá a los terapeutas enriquecer significativamente el encuentro terapéutico y, con ello, facilitar procesos de cambio más profundos y más globales.

REFERENCIAS

1. Aron L. Afterword. En: Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*, The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 265-268
2. Aron L, Anderson F. (Eds.) *Relational Perspectives on the Body*, The Analytic Press, New Jersey, 1998
3. Beebe B. A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the symposium, “Interventions that effect change

- in psychotherapy". *Infant Mental Health Journal* 1998; 19(3): 333-340
4. Beebe B. Faces in relation: A case study. *Psychoanalytic Dialogues* 2004; 14 (1): 1-51
 5. Beebe B. Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
 6. Beebe B, Rustin J, Sorter D, Knoblauch S. An expanded view of intersubjectivity in infancy and its application to psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13 (6): 805-841
 7. Benjamin J. Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology* 1990; 7: 33-47
 8. Boadella D. Embodiment in the therapeutic relationship: Main speech at the first congress of the World Council of Psychotherapy, Vienna, 1-5 July, 1996. *International Journal of Psychotherapy* 1997a; 2 (1): 31-45
 9. Boadella D. Biosynthesis: A somatic psychotherapy [on-line]. Escola de Biossíntese do Rio de Janeiro 1997b (www.biossíntese.psc.br/CommonGround.htm)
 10. Conger J. *The Body in Recovery: Somatic Psychotherapy and the Self*, Frog, Berkeley, 1994
 11. Cornell W. Entering the gestural field: The body in relation. *Energy & Character* 2003; 32: 45-55
 12. Darwin C. *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, Alianza Editorial, Madrid, 1872
 13. Eiden B. Application of post-reichian body psychotherapy: A Chiron perspective. En Staunton T. *Body Psychotherapy*, Brunner-Routledge, East Sussex, 2002, pp. 27-55
 14. Fosshage J. Fundamental pathways to change: Illuminating old and creating new relational experience. *International Forum of Psychoanalysis* 2003; 12: 244-251
 15. Hauswirth M. Die bioenergetische Analyse –eine körperorientierte Psychotherapie. En Hoffmann-Axthelm D. *Mit Leib und Seele –Wege der Körperpsychotherapie* (pp. 61-89), Schwabe Verlag, Basel, 2004, pp. 61-89
 16. Jacobs T. On unconscious communications and covert enactments: Some reflections on their role in the analytic situation. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 4-23
 17. Keleman S. *Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung*, Kösel Verlag, München, 1986
 18. Kohut H. *La restauración del sí-mismo*, Paidós, Buenos Aires 1977
 19. Kohut H. *How Does Analysis Cure?*, The University of Chicago Press, Chicago, 1984
 20. Lewis R. The anatomy of empathy. *Bioenergetic Analysis* 2005; 15: 9-31
 21. Lowen A. *El lenguaje del cuerpo*, Herder, Barcelona, 1958
 22. Lowen A. *Bioenergética*, Diana, México, 1975
 23. Lyons-Ruth K. Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19 (3): 282-289
 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. Lyons-Ruth K. "I sense that you sense that I sense...": Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal* 2000; 21: 85-98
 26. Orbach S. The body in clinical practice, part one: There's no such thing as a body. En White K. *Touch: Attachment and the Body*, Karnac Books, London, 2004, pp. 17-34
 27. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 71-93
 28. Reich W. *The Function of the Orgasm: Sex-Economic Problems of Biological Energy*, Souvenir Press, London, 1942
 29. Reich W. *Análisis del carácter*, Paidós, Barcelona, 1945 [1933]
 30. Sassenfeld A. El concepto del selfobjeto y el proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de la psicología psicoanalítica del self. *Gaceta Universitaria: Temas y controversias en psiquiatría* 2006; 2 (1): 55-60
 31. Sassenfeld A. Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007; 3 (2): 177-188
 32. Schore A. *Affect Regulation and the Origin of the Self*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1994
 33. Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, W. W. Norton, New York, 2003a
 34. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*, Norton, New York, 2003b
 35. Schore, A. Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review* 2005a; 26 (6): 204-217
 36. Schore A. A neuropsychoanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005b; 15 (6): 829-854
 37. Smith E. *The Body in Psychotherapy*, McFarland & Company, North Carolina, 1985
 38. Stern D. The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19 (3): 300-308
 39. Stern D, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, Bruschiweiler-Stern N, Tronick E. Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 1998; 79: 903-921
 40. Totton N. *Body Psychotherapy: An Introduction*, Open University Press, Philadelphia 2003
 41. Trevarthen C, Aitken K. Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001; 42 (1): 3-48
 42. Wolf E. *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1988