

Volver a la mente

La relación mente-cerebro:
una perspectiva clínica junguiana



Margaret Wilkinson

Prólogo de Allan N. Schore



Otros libros Eleftheria

Diana Fosha, Ph.D., Daniel J. Siegel, M.D.
y Marion F. Solomon, Ph. D.

EL PODER CURATIVO DE LAS EMOCIONES

*Neurociencia afectiva, desarrollo
y práctica clínica*

En *El poder curativo de las emociones*, los principales investigadores y clínicos actuales exploran la transformación y el papel central que las emociones desempeñan en él. ¿Cómo regular las emociones de manera saludable? ¿Cómo fomentamos entornos propicios para el florecimiento y reciprocidad, comunicación y resonancia, de una salud óptima y acción eficiente de la resiliencia? ¿Cómo lo hacemos sin que las emociones lleguen a ser abrumadoras? ¿Cómo podemos utilizar las emociones para reparar y sanar, crecer y aprender?

Contribuyen a este libro Jaak Panksepp, Stephen W. Porges, Colwyn Trevarthen, Ed Tronick, Allan N. Schore, Daniel J. Siegel, Diana Fosha, Pat Ogden, Marion F. Solomon, Susan Johnson y Dan Hughes.

Daniel J. Siegel

Guía de bolsillo de NEUROBIOLOGÍA INTERPERSONAL

Un manual integrativo de la mente

Guía de bolsillo de neurobiología interpersonal está diseñado para ayudarle en la aplicación personal y profesional del enfoque de la neurobiología interpersonal para desarrollar una mente sana, un cerebro integrado y relaciones empáticas. También pretende ayudarle a conocer las complejas bases de la neurobiología interpersonal, al tiempo que usted emprende la lectura activa de los otros textos relacionados.

www.editorialeleftheria.com

Volver a la mente

Volver a la mente

La relación mente-cerebro: una perspectiva clínica junguiana

MARGARET WILKINSON

Traducción del inglés por
Juan González-Castelao



Todos los derechos reservados.

No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

Título original: *Coming Into Mind. The mind-brain relationship: a Jungian clinical perspective*

Copyright © 2006 Margaret Wilkinson. Todos los derechos reservados.

Primera edición publicada por Routledge en 2006, un miembro de Taylor & Francis Group.

© 2017 EDITORIAL ELEFThERIA, S.L.

Sitges, Barcelona, España

www.editorialeleftheria.com

Primera edición: Enero de 2017

Traducción del inglés: Juan González-Castelao

Imagen de cubierta: [istock.com/Andrey_Kuzmin](https://www.istock.com/Andrey_Kuzmin)

ISBN (papel): 978-84-946087-4-2

ISBN (ebook): 978-84-946087-5-9

Depósito legal: B 2509-2017

ÍNDICE

[Lista de ilustraciones y láminas](#)

[Prólogo](#)

[Agradecimientos](#)

[Lista de abreviaturas](#)

1. [¿Por qué neurociencia?](#)
2. [Nociones básicas sobre el cerebro](#)
3. [El desarrollo temprano del cerebro-mente](#)
4. [Los sistemas de memoria](#)
5. [El sistema del miedo y el *kindling* psicológico en el cerebro-mente](#)
6. [El proceso de deshacer la disociación](#)
7. [El cerebro adolescente](#)
8. [El cerebro-mente que sueña](#)
9. [El sí-mismo emergente](#)

[Posdata](#)

[Referencias bibliográficas](#)

LISTA DE ILUSTRACIONES Y LÁMINAS

- 2.1. Una neurona
- 2.2. El cerebro humano
- 2.3. Los sistemas de comunicación en el cerebro
- 3.1. El desarrollo de las conexiones neuronales en el cerebro en desarrollo
- 5.1. La liberación del cortisol, la hormona del estrés

Láminas 1-3 Pinturas de Holly

Láminas 4-9 Pinturas de Sophie

PRÓLOGO

El psicoanálisis y la psicoterapia están actualmente en un período dinámico de crecimiento y de cambio. Esta aceleración en la evolución del campo de la salud mental se debe en gran parte a la incorporación de avances muy recientes en las ciencias que limitan con el psicoanálisis, la psicología clínica y la psiquiatría. Es concretamente una convergencia de descubrimientos en la neurociencia del desarrollo y de la afectividad lo que está enriqueciendo y reorganizando en estos momentos los modelos fundamentales del desarrollo emocional y social temprano en el individuo. La fecundación cruzada enriquecedora de conocimiento entre las ciencias puras y las ciencias aplicadas ha permitido la creación de modelos psiconeurobiológicos más complejos de los estadios iniciales del desarrollo de la mente, en especial de la mente inconsciente. Estos avances en el desarrollo, que han ido actualizándose, han generado a su vez una mejor comprensión de los procesos de cambio dentro de la mente inconsciente que pueden tener lugar a lo largo de estadios vitales posteriores, como por ejemplo los modelos de cambio en el contexto psicoterapéutico.

En varios artículos recientes defiendiendo que la perspectiva interdisciplinaria que surge de los avances simultáneos y paralelos en las ciencias de la biología y la psicología está actuando como potente fuerza catalizadora de un cambio de paradigma, en el sentido de Kuhn, en varias ciencias aplicadas, entre las que se encuentra el psicoanálisis, la ciencia de los procesos inconscientes (Schoore 2005b). Esta transformación actual se expresa objetivamente en un aumento significativo de información interdisciplinaria importante para la práctica clínica a disposición de los psicoterapeutas, y subjetivamente en el aumento del nivel de energía dentro de ese campo. Así pues, el diálogo actual entre la investigación neurobiológica sobre el cerebro y los estudios psicoanalíticos de la mente está permitiendo que se haga realidad la predicción de Freud de una aproximación entre el psicoanálisis y las ciencias naturales (Schoore 1997). Está llevando también a una creatividad renovada, al volver a ver ahora los fenómenos clínicos clásicos a la luz de esta reciente perspectiva psiconeurobiológica.

En este libro tan oportuno e innovador, Margaret Wilkinson ofrece a este diálogo interdisciplinario un espacio de expresión importante, demostrando eficazmente que hay que incorporar los últimos avances en las ciencias que limitan con el psicoanálisis en la práctica terapéutica del día a día, y de hecho en la de momento a momento. Como contribución ejemplar a la investigación neuropsicoanalítica, la autora presenta la complejidad de la neurociencia y de los datos de desarrollo actuales de una forma clara y comprensible, fácil de entender y de reconocer por especialistas de cualquier escuela o tendencia. En la actualidad hay varios libros que intentan salvar la división entre los modelos biológicos de cerebro y los modelos psicológicos de la mente, pero ¿qué

aspectos en concreto de la psicología humana son los más importantes en el contexto terapéutico? El don de Wilkinson, fundamentado en su extensa experiencia clínica, es centrarse concretamente en los mecanismos afectivo-cognitivos intersubjetivos que operan en el núcleo no consciente del encuentro psicoanalítico. A continuación, se mete de lleno en la neurociencia para señalar los sistemas cerebrales que intervienen estructuralmente en estos procesos implícitos.

Escrito desde el punto de vista pragmático de una terapeuta en pleno ejercicio de la profesión, los primeros capítulos resumen con claridad los últimos descubrimientos no sólo en neurociencia, sino también en la investigación sobre el desarrollo, la afectividad, la memoria, los traumas y la disociación, áreas de enorme interés en la actualidad para todas las escuelas de Psicoterapia. Avanzado ya el libro, la autora se adentra en profundidad en un tema que apenas se toca en los estudios de Neuropsicología modernos: la adolescencia. Asimismo, en el capítulo quizá más creativo (capítulo 8), ofrece una aportación importante al trabajo psicoanalítico con los sueños. En todas estas aplicaciones del neuropsicoanálisis al psicoanálisis clínico, Wilkinson se centra en estudios recientes del desarrollo temprano del hemisferio derecho, que en todas las fases de la vida es el que domina el procesamiento afectivo, la memoria implícita, el almacenamiento de las experiencias traumáticas y las defensas primitivas —como la disociación—.

El lector se verá enriquecido con la gran cantidad de información interdisciplinaria reciente que se aporta en estos capítulos. No obstante, la principal contribución de Wilkinson es haber traducido estos datos a material clínico práctico, familiar para los psicoterapeutas, y luego haber demostrado la utilidad de los avances más recientes en la información disponible sobre el desarrollo, el neuropsicoanálisis y los traumas para poder hacer un trabajo más eficaz. El conocimiento de la neurociencia más al día puede así informar a los terapeutas de los mecanismos psiconeurobiológicos subyacentes que están en la base de lo que antes hemos mencionado como «estructura psíquica interna», y cómo los procesos intersubjetivos en el seno de las transacciones de la alianza terapéutica facilitan los cambios en esas estructuras inconscientes. Afirma abiertamente que conocer los avances de la neurociencia actual puede permitir a los terapeutas «llegar a una comprensión más clara de por qué hacen lo que hacen, especialmente en relación con los aspectos inconscientes, empáticos y dinámicos del trabajo en la transferencia y la contratransferencia».

La perspectiva psicoanalítica que tiene Wilkinson del encuentro clínico/terapéutico está influida significativamente por su profundo conocimiento de la psicología analítica de Carl Jung. Siguiendo sus trascendentales publicaciones anteriores sobre los numerosos puntos de contacto entre los escritos de Jung y los datos que aporta la ciencia contemporánea, este libro constituye la primera exposición detallada de cómo muchas de las hipótesis psicoanalíticas originales de Jung, creadas en el marco de la ciencia de la mente inconsciente de comienzos del siglo XX, se ven confirmadas ahora por los descubrimientos neurocientíficos del neuropsicoanálisis del siglo XXI. A continuación expreso lo que tengo que decir al respecto.

En el último capítulo de mi primer libro (Schoore 1994) sugería que Jung (1943)

definía el «inconsciente colectivo» como una «imagen del mundo» que era la fuente de la autosuficiencia, de la autonomía personal, ya que contiene «todos los elementos necesarios para la autorregulación de la mente en su conjunto». Los conceptos tanto del sí-mismo como de la regulación son, por supuesto, clave entre las aportaciones de Jung al psicoanálisis. En cada estadio del desarrollo de sus teorías, Jung seguía volviendo a la centralidad del concepto del sí-mismo. Este «núcleo más íntimo de la mente» se compone fundamentalmente de experiencias afectivas, y actúa como centro regulador que trae consigo la maduración de la personalidad. Aunque nunca aportó una teoría formal del desarrollo del origen del sí-mismo, estaba convencido de que «los símbolos del sí-mismo surgen de las profundidades del cuerpo» (1940). Asimismo, en sus *Dos ensayos de psicología analítica* (1943), proponía lo siguiente: «El sí-mismo es una cantidad que está superordinada al ego consciente. Abarca no sólo la mente consciente, sino también la inconsciente, y por ello es, por así decir, una personalidad que también somos». De hecho, a lo largo de sus escritos, Jung intentó ir cambiando el foco de atención del psicoanálisis del ego al sí-mismo.

En mis propios estudios sobre el origen, la función, la disfunción y la reparación del sí-mismo (Schoore 1994, 2003a, 2003b), en los que sigo trabajando, he ofrecido un amplio corpus de estudios experimentales y clínicos que demuestran que el sistema del sí-mismo implícito, formado en el vínculo de apego de comunicación emocional entre el bebé y su madre, está situado en el hemisferio derecho, de desarrollo temprano. En una concepción que recuerda a las especulaciones prescientes más tempranas de Jung, he llegado recientemente a esta conclusión:

Los procesos afectivos parecen estar en el núcleo del sí-mismo, y debido a la naturaleza psicobiológica intrínseca de estos fenómenos fundamentados en el cuerpo, los modelos recientes de desarrollo humano, desde la infancia hasta el final de la vida, están yendo hacia conceptualizaciones cerebro-mente-cuerpo. Estos modelos están redefiniendo las características esenciales de lo que nos hace tan singularmente humanos.

(Schoore 2003b: xiv)

Un corpus cada vez mayor de estudios indica ahora que el hemisferio derecho, de desarrollo temprano (Chiron *et al.* 1997), es dominante para el sí-mismo emocional y corporal (Schoore 1994; Devinsky 2000), los procesos intersubjetivos (Decety y Chaminade 2003), el procesamiento de «material relacionado con el sí-mismo» (Keenan *et al.* 2001), la autorregulación (Schoore 1994; Sullivan y Gratton 2002), la empatía (Schoore 1994; Perry *et al.* 2001), la mentalización (Ohnishi *et al.* 2004), la teoría afectiva de la mente (Shamay-Tsoory *et al.* 2005) y, por supuesto, para la humanidad misma (Mendez y Lim 2004). Además existe un consenso en la actualidad de que «en la mayoría de las personas, el procesamiento de la información verbal, consciente y serial tiene lugar en el hemisferio izquierdo, mientras que el procesamiento de la información inconsciente, no verbal y emocional tiene lugar en el hemisferio derecho» (Larsen *et al.*

2003).

Dicho de otro modo, la neurociencia confirma ahora que el sistema del sí-mismo («el núcleo más íntimo de la mente», el «centro regulador») y los arquetipos de Jung son procesos que constituyen funciones emergentes del hemisferio derecho, de desarrollo temprano. Como apoyo al énfasis de Jung en el sí-mismo frente al ego, al final de un primer volumen publicado recientemente, afirmaba yo: «El centro de la vida psíquica pasa, pues, del ego de Freud, que localizaba en “el área del habla en el lado izquierdo” y en las áreas posteriores del hemisferio izquierdo verbal, a los niveles superiores del hemisferio derecho no verbal, el centro neurálgico del sistema del sí-mismo, radicado en el cuerpo, y de la mente inconsciente» (Schores 2003b: 270).

Asimismo, Wilkinson menciona en los próximos capítulos las propuestas de Jung en un área que había sido bastante controvertida en el psicoanálisis: la relación entre los procesos afectivos y los traumas. En 1912 describía cómo el impacto emocional persistente del trauma infantil «permanece oculto todo el tiempo al enfermo, de modo que, al no llegar a la conciencia, la emoción no se agota ni se gasta» (párr. 222). En 1934 afirmaba: «Como resultado de alguna turbulencia o trastorno psíquico, secciones enteras de nuestro ser pueden volver a sumergirse en el inconsciente y desaparecer de la superficie durante años y décadas [...] las perturbaciones provocadas por los afectos se conocen técnicamente como fenómenos de disociación, y son indicativos de una división psíquica» (párr. 286). En artículos recientes he sugerido que los traumas relacionales (de apego) tempranos afectan específicamente al hemisferio derecho, provocando déficits prolongados de regulación afectiva (Schores, 2002), y esa disociación representa una disfunción de los circuitos córtico-subcorticales jerarquizados del cerebro derecho (Schores 2009). Las concepciones neuropsicoanalíticas actuales de la estructura de la mente que describía Jung son por tanto importantes para el trabajo clínico/terapéutico con el cuerpo, las defensas arquetípicas y la regulación afectiva en el tratamiento de los traumas, en especial de los traumas relacionales tempranos.

Aunque Wilkinson se centra en las aportaciones de Jung, este volumen tan lleno de información y tan estimulante para el pensamiento es de gran interés para los terapeutas de cualquier tendencia, y de hecho lo es también para todo aquel que sienta curiosidad por el significado de los últimos avances de la ciencia para la práctica clínica. Así pues, el cambio de paradigma afecta no sólo al psicoanálisis, sino también a los psicoterapeutas de todas las escuelas que tengan un fuerte interés por los mecanismos subyacentes del cambio del desarrollo y el cambio terapéutico. La neurociencia y la psicobiología demuestran ahora claramente que la psicoterapia provoca cambios no sólo en la mente, sino también en el cerebro y en el cuerpo. En palabras de la propia autora, esta integración de datos neurocientíficos y modelos psicodinámicos va a traer consigo un «resurgir del trabajo clínico/terapéutico imaginativo y meditado». ¿Qué resultado de un cambio de paradigma podría ser mejor que éste?

Bibliografía

- Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R., Lounes, R., Syrota, A. y Dulac, O. (1997). The right brain hemisphere is dominant in human infants. *Brain*, 120: 1057-65.
- Decety, J. y Chaminade, T. (2003). When the self represents the other: a new cognitive neuroscience view on psychological identification. *Consciousness and Cognition*, 12: 577-96.
- Devinsky, O. (2000). Right cerebral hemispheric dominance for a sense of corporeal and emotional self. *Epilepsy & Behavior*, 1: 60-73.
- Jung, C. G. (1912). The theory of psychoanalysis. *Collected Works 4*, Nueva York: Bollingen Foundation/Princeton University Press. [Versión española: (1983). *Teoría del psicoanálisis*. F. Oliver Brachfeld (trad.). Esplugues del Llobregat, Barcelona: Plaza & Janés].
- (1934). The meaning of psychology for modern man, CW 10. [Versión española: (2000). El significado de la psicología para el presente. En C. G. Jung, *Civilización en transición, Obras Completas 10*. C. Martín (trad.). Madrid: Trotta].
- (1940). The psychology of the child archetype, CW 9. [Versión española: (2002). Acerca de la psicología del arquetipo del niño. En C. G. Jung, *Los arquetipos y lo inconsciente colectivo, Obras Completas 9/1*. C. Gauger (trad.). Madrid: Trotta].
- (1943). Two essays on analytical psychology, CW 7. [Versión española: (2007). Acerca de la psicología del arquetipo del niño. En C. G. Jung, *Dos escritos sobre psicología analítica, Obras Completas 7*. R. Fernández Mauri (trad.). Madrid: Trotta].
- Keenan, J. P., Nelson, A., O'Connor, M. y Pascual-Leone, A. (2001). Selfrecognition and the right hemisphere. *Nature*, 409: 305.
- Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B. y Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 533-41.
- Mendez, M. F. y Lim, G. T. H. (2004). Alterations of the sense of «humanness» in right hemisphere predominant frontotemporal dementia patients. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 17: 133-8.
- Ohnishi, T. et al. (2004). The neural network for the mirror system and mentalizing in normally developed children: an fMRI study, *Neuro-Report*, 15: 1483-7.
- Perry, R. J., Rosen, H. R., Kramer, J. H., Beer, J. S., Levenson, R. L. y Miller, B. L. (2001). Hemispheric dominance for emotions, empathy, and social behavior: evidence from right and left handers with frontotemporal dementia. *Neurocase*, 7: 145-60.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self*, Mahweh, NJ: Erlbaum.
- (1997). A century after Freud's Project: is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand?. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45: 841-67.

- (2003a). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, Nueva York: W. W. Norton.
- (2003b). *Affect Regulation and the Repair of the Self*, Nueva York: W. W. Norton.
- (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics In Review*, 26: 204-11.
- (2005a). A neuropsychanalytic viewpoint: commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15/6: 829-854.
- (2009). Attachment trauma and the developing right brain: origins of pathological dissociation, pp. 127-129. En P. F. Dell y J. A. O'Neil (eds.), *Dissociation and Dissociative Disorders DSM-5 and Beyond*. Nueva York y Londres: Routledge.
- Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Berger, B. D., Goldsher, D. y Aharon-Peretz, J. (2005). Impaired «affective theory of mind» is associated with right ventromedial prefrontal damage. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18: 55-67.
- Sullivan, R. M. y Gratton, A. (2002). Prefrontal cortical regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal function in the rat and implications for psychopathology: side matters. *Psychoneuroendocrinology*, 27: 99-114.

Allan N. Schore

Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Biocomportamiento

Facultad de Medicina David Geffen

Universidad de California, Los Ángeles

AGRADECIMIENTOS

Algunas partes de este libro están basadas libremente en cuatro de mis artículos publicados en el *Journal of Analytical Psychology* entre 2001 y 2005 (2001 «His mother tongue: from stuttering to separation, a case history», 46 (2) —capítulos 3 y 9—; 2003 «Undoing trauma: contemporary neuroscience – a clinical perspective», 48 (2) —capítulos 3, 5 y 6—; 2004 «The mind-brain relationship: the emergent self», 49 (1) —capítulos 2, 3 y 9—; 2005 «Undoing dissociation: affective neuroscience — a contemporary Jungian clinical perspective», 50 (4) —capítulos 6 y 9—). Estoy especialmente agradecida al *Journal of Analytical Psychology* y a Blackwell Press por el permiso para utilizar los artículos que he mencionado.

Algunos capítulos están basados en artículos y ponencias que presenté en el Congreso de la Asociación Internacional de Psicología Analítica en Barcelona en 2004, así como en las actas del congreso (capítulo 6), el Congreso de la Asociación Británica de Orientadores y Psicoterapeutas de 2004 (capítulo 1), el ciclo de conferencias del 25º Aniversario de la Hilda Kirsch Children's Clinic en 2004 (capítulo 3) y el Congreso del 50º Aniversario del *Journal of Analytical Psychology* en 2005 y en sus Actas (capítulo 8).

Todo el material de los casos biográficos presentado aquí tiene en lo que Gabbard (2000: 1073) ha llamado «abundante disfraz» (*thick disguise*, en inglés) para mantener la confidencialidad. Algunas de las historias de casos clínicos pueden ser una composición con material proveniente de distintos pacientes.

No habría sido posible nunca escribir este libro sin el asesoramiento editorial que me proporcionó Barbara Wharton, por aquel entonces coeditora del *Journal of Analytical Psychology*, cuando envié por primera vez un artículo para su publicación. Me siento profundamente en deuda con Allan Schore por su consejo y por las sugerencias que me ha hecho. También he podido contar con el asesoramiento generoso y el aliento de JoAnn Culbert-Koehn, Chris Driver, Tim y Katie Kendall, Jean Knox, Joy Schaverien, Lenore Terr, Sandy Walline y Judith Woodhead. Estoy muy agradecida a Miranda Davies por sus sabios comentarios y el permiso para incluir nuestra discusión sobre el material relacionado con «Jay» que presentó en el Congreso del *Journal of Analytical Psychology* en Praga en 2001, que fue publicado en el *Journal of Analytical Psychology* en 2002. Estoy especialmente agradecida a Wendy Hindle y Pramila Bennet por su disposición a ayudar en la preparación y la revisión del texto antes de enviarlo para su publicación. También valoro mucho el ánimo y el consejo que me dieron generosamente Kate Hawes y Claire Lipscomb, de Routledge. Quisiera dar las gracias a todas aquellas personas cuyo material de caso y trabajo artístico aparecen, con su permiso, en este libro. Este agradecimiento es tanto personal como profesional.

Escribo como terapeuta clínica más que como científica. Mi interés está en la historia de las ideas. La aplicación de estas ideas a nuestro trabajo en la sala de consulta es algo que encuentro todavía más poderoso. Quisiera reconocer la inmensa deuda que el mundo analítico tiene con el trabajo de Allan Schore, que ha puesto la atención de muchos de nosotros en el valor de la neurociencia contemporánea para una mejor comprensión de nuestra práctica analítica.

Agradecimientos por el permiso del uso de ilustraciones y láminas

Ilustraciones

Ilustración 2.1, perteneciente a: Carter, R. (2000). *Mapping the Mind*, Londres: Weidenfeld and Nicolson, división de The Orion Publishing Group.

Ilustración 2.2, perteneciente a: Gerhardt, S. (2004). *Why Love Matters*, Londres: Brunner-Routledge.

Ilustración 2.3, perteneciente a: Edelman, G. M. y Tononi, G. (2000). *Consciousness: How matter becomes imagination*, Londres: Penguin.

Ilustración 3.1, perteneciente a: Carter, R. (2000). *Mapping the Mind*, Londres: Phoenix, Weidenfeld and Nicolson, división de The Orion Publishing Group.

Ilustración 5.1, perteneciente a: Gerhardt, S. (2004). *Why Love Matters*, Londres: Brunner-Routledge.

Láminas

Pinturas de Holly: Láminas 1, 2 y 3

Pinturas de Sophie: Láminas 4, 5, 6, 7, 8 y 9

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTH	hormona adrenocorticotropa (tb. corticotrofina o corticotropina)
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades
DSM-IV	<i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> , 4ª edición
EEG	electroencefalografía
EMDR	Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular
EMT	estimulación magnética transcraneal
FLC	Factor liberador de corticotropina
GABA	ácido gamma-aminobutírico
MDMA	metilendioximetanfetamina
NPS	estado neutro de la personalidad
NREM	movimiento ocular no rápido
REM	movimiento ocular rápido
RIGS	representaciones de interacción generalizadas
RM	resonancia magnética
RMf	resonancia magnética funcional
TAC	tomografía axial computerizada
TEP	tomografía por emisión de positrones
TEPT	trastorno de estrés postraumático
TID	trastorno de identidad disociativo
TPS	estado traumático de la personalidad

CAPÍTULO 1

¿POR QUÉ NEUROCIENCIA?

Volver completamente a la mente es una tarea todavía por hacer para muchas de las personas cuando llegan a terapia debido a un trauma o a un trastorno temprano que ha impedido ese proceso, o debido a una experiencia relacional difícil que lo ha dejado incompleto, con distintos peldaños del desarrollo de la persona que todavía no han sido abordados satisfactoriamente. Pero ¿qué es la mente? ¿Es sólo el cerebro trabajando? Nada de eso. En los años noventa del siglo XX, la «década del cerebro», se hizo posible un conocimiento más detallado de los procesos cerebrales gracias a nuevas herramientas de vías de investigación. Se han ido ya para siempre aquellos días del dualismo ciego de Descartes, en los que el cerebro y la mente se consideraban dos entidades completamente separadas y no se esperaba que los eruditos en una de las dos materias estuviesen al tanto de las indagaciones de los que se dedicaban a la otra. Neurocientíficos como Panksepp se han dado cuenta de que «no vamos a poder entender de verdad el cerebro y la naturaleza de la conciencia hasta que empecemos a tomar más en serio los sentimientos y las emociones como representaciones neuro-simbólicas referenciadas en el SÍ-MISMO (SELF) percibidas interiormente» (Panksepp 1998: 339). Edelman y Tononi (2000) hacen un alto al comienzo de su análisis de la conciencia y de cómo se convierte la materia en imaginación para hacer la siguiente reflexión:

Independientemente de lo exacta que sea la descripción de los procesos físicos subyacentes, es difícil concebir cómo salen las palabras de la experiencia subjetiva — el ver el azul y el sentir el calor— de meros acontecimientos físicos. Sin embargo, en una era en la que ya están pasando a formar parte del día a día las resonancias magnéticas del cerebro, la anestesia general y la neurocirugía, somos conscientes de que el mundo de la conciencia está estrechamente relacionado con el delicado funcionamiento del cerebro y depende de éste.

(Edelman y Tononi 2000: 2)

Así como los neurocientíficos todavía tienen que aceptar la emergencia de la experiencia subjetiva, de la conciencia y de la mente, los que nos ocupamos de la mente todavía tenemos que asumir la trascendencia que tiene la «década del cerebro» para nuestro propio pensamiento y nuestro propio trabajo.

Aunque puede que aceptemos que haya tenido lugar un cambio radical en el estudio de la mente-cerebro-cuerpo, es posible que sigamos preguntándonos: «¿Cuánto tenemos que aceptar? De hecho, ¿hay verdaderamente alguna necesidad de aceptar algo?». Desde

el punto de vista de un filósofo, Churchland (2002) sostiene que la filosofía no puede permitirse el lujo de pasar por alto la neurobiología porque, a todos los niveles, desde las sustancias neuroquímicas a las células, pasando por los niveles de circuitos y sistemas, la investigación sobre el cerebro ha producido resultados relevantes sobre la naturaleza de la mente. Hay colegas que sostienen que no es necesario, o que es demasiado difícil, permitir que la teoría y la práctica analíticas «lleguen a la mayoría de edad», permitir que entren en el siglo XXI para que puedan fundamentarse en la ciencia de nuestros días, y algunos sostienen enérgicamente incluso que no es deseable que suceda. No fue así al principio: Freud, Josef Breuer y Jung, todos ellos estudiaron en París con Jean-Martin Charcot, el «padre de la neurología». El Freud científico estaba en la vanguardia de la investigación en 1896 con su hipótesis de que las células del cerebro se comunicaban a través de espacios que denominó «barreras de contacto» y que Charles Sherrington posteriormente denominó «sinapsis». Tanto Jung como Freud siguieron capitaneando el pensamiento relacionado con el consciente y el inconsciente y con los procesos de memoria, especialmente los de represión y disociación. Jung expresó la frustración de este período temprano de investigación sobre el cerebro cuando en 1935, en sus Conferencias Tavistock, comentó que el inconsciente tenía que ser deducido de forma introspectiva y propuesto de manera hipotética. Describió la conciencia como «una superficie o piel sobre una vasta área inconsciente de extensión desconocida» y concluía diciendo que «deberíamos tener un laboratorio en el cual poder determinar mediante métodos objetivos cómo son las cosas en realidad cuando estamos en un estado inconsciente» (Jung 1935/1976: párr. 12, citado en Ekstrom 2004: 661). El sueño de Jung está casi a nuestro alcance con las nuevas tecnologías que tenemos a nuestra disposición. Para Jung, el inconsciente podía dividirse en dos capas, la personal y la colectiva. La idea que tenía Jung del inconsciente abarcaba también el que había acabado disociándose, debido muchas veces a un trauma temprano. Partiendo del trabajo de Pierre Janet y Charcot, puso las bases para los vínculos que ahora están estableciendo los junguianos modernos con el trabajo de aquellos neurocientíficos que se interesan por la teoría del trauma en la actualidad y que beben de esa misma fuente.

Los avances recientes en el campo de la neurociencia han logrado lo que Freud predijo que pasaría: por primera vez la ciencia ha empezado a ser capaz de proporcionar una explicación científica de por qué hacemos lo que hacemos en el consultorio. Esto está llevando a su vez a una nueva era en la que va a haber estudios científicos estadísticos que poder explorar en nuestra aplicación clínica. Desde mediados de los años noventa del siglo XX, Schore y Solms han capitaneado el mundo analítico en el pensamiento sobre la relación entre ambos con sus iniciativas innovadoras independientes de explorar la visión freudiana de la mente en relación con el conocimiento que emerge ahora del campo de la neurociencia. Schore, Siegel y Stern han enriquecido nuestro conocimiento del desarrollo sano del cerebro y de la mente en los primeros años de vida.

Desde los campos de la investigación y la observación infantil se ha llegado a ver con claridad que el despliegue de la mente y el desarrollo de la conciencia de uno mismo es un proceso fundamentalmente relacional. Estos procesos son tan tempranos y tan

fundamentales para nuestra forma de ser que el centro de atención de gran parte del pensamiento psicoanalítico ha pasado de la preocupación por el ego freudiano a un pensamiento que explora la naturaleza del sí-mismo y de los estados del sí-mismo. Creo que este cambio es clave para el mundo analítico, y el desarrollo de esta nueva forma de pensamiento está respaldado por el trabajo de neurocientíficos como Damasio, Panksepp y Schore. Creo que, en muchos sentidos, el nuevo pensamiento lo que hace en realidad es retomar gran parte de lo ya explorado en el pensamiento de Jung sobre la mente, la condición humana y, en especial, el sí-mismo, demostrando así que su pensamiento quizá sea el más compatible con los descubrimientos y las ideas provenientes de la neurociencia en la actualidad.

Mi opinión es que, en respuesta a la experiencia relacional más temprana con la persona que ejerce de cuidador principal o primario, el sí-mismo y la mente en desarrollo surgen del cerebro en desarrollo, y éstos a su vez afectan al desarrollo del cerebro al crearse nuevas conexiones neuronales como resultado de las interacciones con las parejas/cónyuges a lo largo de la vida, y en particular en el consultorio. La importancia del trabajo terapéutico se hace patente inmediatamente. En la configuración tanto de la mente como del cerebro, en el cliente y el terapeuta van a tener lugar cambios según van creándose nuevas conexiones neuronales como resultado de su interacción.

Así pues, el desarrollo inicial de la mente es relacional y asociativo, producto de la experiencia interior y exterior, y surge de las experiencias relacionales más tempranas vividas en la relación con la persona que ejerce de cuidador principal. Panksepp, Schore, Trevarthen y muchos otros ponen el acento en que tanto el desarrollo de la mente como la expresión genética dependen de la experiencia. Destacan la naturaleza relacional, intersubjetiva, del desarrollo del sí-mismo individual. La riqueza de ideas que ha surgido del trabajo de Winnicott, Bowlby, Ainsworth y los teóricos del apego se integran perfectamente en el trabajo de Panksepp y Schore.

Hace unos años, y antes de empezar mi indagación en la neurociencia, un grupo de personas en formación a punto de obtener su certificado me pidió que fuera a hablarles de las influencias más importantes en mi práctica analítica. Según meditaba la pregunta me sorprendió encontrarme con que, aparte de mi propio análisis, de la formación y de los pacientes, valoraba mucho la observación detallada de un niño desde su nacimiento hasta los dos años de edad que hice a finales de los años setenta del siglo XX como parte opcional de mi formación. Me di cuenta de que esto se debía a que me había permitido apreciar, antes de que estuviese disponible la plétora de lecturas sobre apego y sobre la explicación neurobiológica del desarrollo temprano de la mente humana, cómo la relación más temprana primero con la madre y luego con el padre y otros allegados es crucial en el desarrollo de un sentido del sí-mismo. También me había ayudado a entender la forma que tiene la mente de desarrollarse con relación a otras mentes. Así pues, quisiera presentarles brevemente a Jacques, que fue el primer bebé, bastante grande y rubio, de una pareja de profesionales en la treintena. Estuvo dormido todo el rato en su cochecito durante nuestro primer encuentro, cuando tenía sólo seis semanas. Me llamó la atención su capacidad de ser consciente de su madre como persona especial para él hasta estando

dormido. Anoté lo siguiente:

La madre se inclinó un poco hacia el carrito. Los párpados de Jacques vibraron por un momento y se volvió a dormir. La madre no podía verlo desde donde estaba sentada. Un poco más tarde se inclinó otro poco para verle. Inmediatamente se revolvió, levantó ligeramente la cabeza y la hundió después en el colchón del carrito. No le había tocado ni había hecho ningún sonido. Su padre y yo nos asomamos al carrito para verle varias veces pero no se revolvió por nosotros.

Hay investigaciones que han demostrado que los bebés muestran atracción por patrones o configuraciones faciales en los primeros minutos de vida y que a las ocho semanas aproximadamente el bebé es capaz de distinguir el rostro de su madre de otros rostros (Morton y Johnson 1991). Cuando observé a Jacques a los dos meses anoté lo siguiente:

Sus ojos seguían a su madre según ésta se movía por el cuarto. Cuando la madre salió por la puerta, sus ojos descansaron en la máscara de la cara de una mujer que estaba pintada en la repisa que había encima de la puerta. La miraba como si estuviera soñando y con cierta tristeza. Sus ojos volvieron a seguir a su madre según volvía y cruzaba la habitación. Volvió a salir a por agua para el baño de Jacques. Se quedó sentado tranquilamente inclinando la cabeza hacia arriba, hacia la máscara de la cara. Frunció un poco la boca y pareció arrugar la nariz, mirándola con desagrado, pero siguió mirándola hasta que volvió su madre. Levantó las manos por delante. Sus ojos se encontraron con los de su madre según entraba ella por la puerta otra vez. Juntó las manos por un momento. Ella le sonrió. Él la estaba mirando a los ojos, sonriéndole y gorjeándole. Hizo varios movimientos en círculo lentos con los brazos.

Otras investigaciones señalan que hay estudios que indican que el hemisferio derecho es dominante en el reconocimiento de rostros durante toda la vida, pero también que los bebés de dos años que miran la cara de su madre también parecen emplear lo que más adelante se convertirá en su red de lenguaje. Los investigadores sugerían que «la coactivación del rostro y la futura red de lenguaje sustenta los esfuerzos agentes facilitadores de las interacciones sociales, como mirar el rostro de la madre, en el desarrollo del lenguaje (Tzourio-Mazoyer *et al.* 2002: 460).

A partir del primer año de edad de Jacques, el padre empezó a tener un interés más activo en su gestión y en las observaciones. Jacques empezó a gatear a los 10 meses, pero no empezó a andar hasta los 15 meses, cuando dejaron de darle las tomas la noche. El padre parecía sentir que era necesario cierto grado de separación con respecto a la madre para que Jacques pudiera dar su primer paso y ayudó tanto a Jacques como a la madre en este período de transición con mucho tacto. Estuvo durmiendo en el cuarto del niño para poder mecerle y ayudarle a dormirse otra vez si se despertaba. El símbolo del deseo de que su hijo se independizase y fuera capaz de vérselas con el mundo exterior fue el regalo de un coche Rolls-Royce de plástico muy grande en el que poder montarse

por su primer cumpleaños. No obstante, se vio también invadido por cierto sentimiento de pérdida, porque dijo: «No va a volver a ser ya lo mismo, ¿verdad? No como su primer cumpleaños».

Las observaciones que hice hace tanto tiempo están ahora informadas y puestas al día con los conocimientos aportados por la teoría del apego y de los «poderosos métodos y las nuevas tecnologías de la neurociencia [...] que están aportando conocimientos jamás soñados anteriormente sobre los fundamentos fisiológicos del mundo interior» (Solms y Turnbull 2002: 5). Mi intención en este libro es que aunque los lectores puedan no experimentar un cambio radical en lo que observan en el consultorio y cómo trabajan en éste, puedan llegar, como resultado de familiarizarse con la neurociencia, a una comprensión más clara de por qué hacen lo que hacen, especialmente en relación con los aspectos inconscientes, empáticos y dinámicos del trabajo con la transferencia y la contratransferencia.

Muchos han observado que el período de crecimiento y desarrollo de la teoría psicoanalítica se ha visto lastrado por la tendencia de los analistas a generalizar a partir de lo particular, llevando así a la fragmentación de la profesión en distintas escuelas, y a grupos dentro de otros grupos en esas escuelas. De hecho, es lo que ha llevado a Fonagy a decir que «hay algo de verdad en el chiste que dice que los analistas clínicos creen que la palabra *datos* es el plural de *anécdota*» (Fonagy 2003: 15, cursivas en el original). Se me podría acusar de hacer precisamente eso si hubiera creado toda una hipótesis tan sólo sobre la base de lo que había observado en Jacques, en lugar de poner en relación el material observado con las conclusiones de la investigación empírica más reciente. Fonagy sostiene que el fracaso a la hora de vincular la teoría a la práctica de forma creativa ha sido provocado por el fracaso de la teoría analítica como teoría científica (Fonagy, 2003: 29). Parece que para que la psicología analítica, y de hecho la psicoterapia psicoanalítica en general, pueda sobrevivir en el mundo moderno, se impone volver al principio fundamental de nuestros padres fundadores, que es entender, en palabras de Jung, que «las ciencias naturales aúnan dos mundos, el físico y el psíquico [y que] la psicología *sólo* lo hace *en tanto que es psicofisiología*» (Jung 1946; párr. 162, cursiva añadida por mí). Mi opinión ahora es que hay muchas cosas del campo emergente de la neurociencia afectiva que merecen una atención meditada, que su estudio detallado puede ayudar a fundamentar nuestra teoría y práctica de manera más adecuada, y que esa fundamentación va a permitir el resurgir de un trabajo clínico imaginativo y razonado según vayamos integrando esos conocimientos al rico corpus de conocimiento nacido de los cien años de trabajo clínico minucioso que ha tenido lugar en todo el espectro de terapias psicológicas desde las observaciones iniciales de Freud.

La medición no subjetiva y sin prejuicios de los resultados, que tan urgentemente necesita la investigación en psicoterapia del futuro, va a ser más posible, ya que gracias al uso de técnicas de resonancia magnética cada vez más sofisticadas somos capaces de identificar las correlaciones neuronales de estados subjetivos complejos. No obstante, hemos de ser cautos a la hora de demandar y reclamar el uso de esas técnicas. En el

trabajo experimental se encuentra uno con dificultades que surgen de las limitaciones de las propias técnicas. Estas técnicas están todavía en sus comienzos y gran parte de la investigación realizada hasta ahora se ha hecho con animales. Los intervalos de tiempo de la neuroimagen son de milisegundos, en comparación con los intervalos de tiempo propios del proceso psicoterapéutico. Canli (2004) hace hincapié en la necesidad de diseñar estudios que «puedan captar las complejas interacciones entre las variables genéticas y medioambientales [para poder determinar] los mecanismos conductuales y cognitivos subyacentes a la personalidad» (Canli 2004: 1125). Insta a la cooperación urgente entre todas las partes implicadas, desde los neurocientíficos a los que se ocupan de la psicología de la personalidad. Fonagy cree que las técnicas de escaneo que hacen posible la obtención de neuroimágenes de dos individuos mientras interactúan pueden permitirnos explorar la calidad de la relación según vaya cambiando como resultado de la psicoterapia (Fonagy 2004). Solms y Turnbull señalan que el reducido número de estudios de neuroimagen funcional realizados hasta la fecha indican que es verdad que la psicoterapia modifica el cerebro y que estos cambios afectan a los lóbulos prefrontales (Solms y Turnbull 2002: 288).

Los genes que conocemos ahora no son por sí mismos el código de la vida, sino que necesitan el estímulo del entorno para activarse. Aun así, nos estamos dando cuenta de la propensión creciente de algunas personas a verse afectadas por la depresión y que esta propensión es genética e identificable. La investigación de Caspi y sus colegas indica que en las personas con propensión genética a la depresión las probabilidades de diagnóstico de depresión grave habiendo tres o más vivencias traumáticas se elevan del 10 % al 28-32 %. En aquellos que no tienen esta disposición heredada, el riesgo de una depresión grave es del 10-16 % independientemente de los reveses que puedan sufrir en la vida (Caspi *et al.* 2003: 386-9). Sabiendo eso se hace posible identificar el segmento de población para su tratamiento.

Green sostiene lo siguiente:

Un enfoque biológico que dé por hecho que el cerebro es un sustrato de la mente — sin reducir la mente al cerebro— y que pueda demostrar sus mecanismos y funcionamiento nos ofrece otra forma de pensar sobre lo que esté ocurriendo [en el consultorio] y de comprenderlo.

(Green 2003: 4)

Green (2003) menciona la observación de Westen y Gabbard de que «entender la mecánica de la mente no significa que haya que abordar la mente como un mecánico» (Westen y Gabbard 2002: 60). Yo sugeriría que podemos usar los conocimientos a los que hemos llegado mediante nuestro estudio de la neurociencia como ayuda para el proceso creativo de dotación de sentido que está en la base de una buena empresa terapéutica.

La plasticidad del cerebro es un concepto clave en el que se basa la visión tanto del desarrollo de la mente como de la naturaleza de la curación terapéutica que se defiende

en este libro. Hay plazos en el desarrollo tanto del bebé como del adolescente. En el bebé el desarrollo óptimo de circuitos en la corteza prefrontal, el desarrollo temprano de la mente, depende de la calidad de las primeras experiencias con sus cuidadores, con consecuencias significativas para el crecimiento emocional de la joven mente. Como es un período crucial del desarrollo que afecta a la forma en que evoluciona el resto de nuestra experiencia vital, el libro de Sue Gerhardt (2004) *Why Love Matters*¹ se ha hecho extremadamente popular porque lo explica de manera muy accesible y llena de imaginación.

En los tres primeros años de vida, y luego en la adolescencia, hay un acelerón en el crecimiento de las conexiones neuronales en el cerebro, seguido de una reducción neuronal (poda sináptica o *pruning*, en inglés) basada en el principio de «usar o perder». Los apuros que pasaron los huérfanos rumanos fue lo que captó la atención de todos nosotros en cuanto al efecto de la carencia emocional en los primeros años. Siegel lo explicaba así: «Las conexiones humanas son las que moldean las conexiones neuronales desde las que surge la mente» (Siegel 1999: 2). La plasticidad que es tan característica del cerebro adolescente podría ser una bendición ambivalente, que permite el aprendizaje y el desarrollo sociales, emocionales e intelectuales característicos del adolescente, pero que también permite formas perniciosas de programación como las adicciones, ya sea al alcohol, a las drogas o a las carreras de caballos. No obstante, considero que es clave en nuestra comprensión de cómo suceden los cambios en el trabajo analítico el saber que, aunque el crecimiento emocional pueda verse entorpecido por una mala vivencia temprana, la plasticidad del cerebro, en especial de la corteza cerebral, permite la posibilidad de cambiar a lo largo de toda la vida, especialmente en el contexto de relaciones posibilitadoras.

La plasticidad del cerebro es especialmente importante cuando vemos los efectos de los traumas y nos preguntamos cuánto puede deshacerse de esa experiencia temprana adversa, si es que es posible deshacerla. En los últimos años se ha producido un enorme aumento del interés por la neurociencia contemporánea, la teoría del apego y su importancia en la resolución de los traumas (Wilkinson 2003). Como demuestra el caso de Jacques, el desarrollo de la mente depende de la experiencia en la relación con los demás desde el principio, y el desarrollo inicial de la mente surge de las interacciones íntimas con la madre y también con el padre. Las primeras experiencias de estados emocionales surgen de experiencias corporales que tienen lugar también en relación con el cuidador principal. El ser mente-cerebro-cuerpo que se convirtió en Jacques surgió de la experiencia de las primeras y más básicas experiencias de relación. Tanto la naturaleza como el cuidado tuvieron su parte en el crecimiento y la formación de las conexiones neuronales que acabaron formando su mente individual.

El desarrollo temprano del cerebro se ve afectado negativamente por experiencias traumáticas en las primeras relaciones. Los estudios de Teicher (2000) han mostrado las conexiones deficientes entre los hemisferios derecho e izquierdo. Más concretamente, el tracto fibroso conocido como cuerpo calloso, que es la autopista principal entre los dos hemisferios, puede verse reducido por los efectos del trauma en aquellas personas que

hayan sufrido un abuso sexual en la infancia (Teicher 2000). Schore (2005) ha reunido pruebas de un amplio corpus de investigación, entre el que había estudios que empleaban electroencefalogramas (EEG), datos de neuroimagen (RMf) y tomografías por emisión de positrones (TEP), que demuestran que el procesamiento inconsciente de las emociones está asociado al hemisferio derecho, y no al izquierdo, y que el hemisferio derecho está densamente interconectado con las regiones límbicas, conteniendo así el principal sistema de circuitos de la regulación emocional. En sus escritos más recientes, Schore insiste en la importancia de las «funciones córtico-subcorticales jerarquizadas» del cerebro derecho y sostiene que la mejor forma de entender la disociación no es desde el punto de vista de la desconexión de los cerebros izquierdo y derecho, sino desde el punto de vista de la pérdida de conectividad dentro del propio hemisferio derecho» (Schore 2009).

La plasticidad es lo que permite el cambio y el aprendizaje que tienen lugar en la terapia. Aunque todavía existe un gran debate sobre el nivel de formación de nuevas neuronas en la vida adulta, se sabe que la formación de nuevas vías neurales es común, ya que las sinapsis cambian cada vez que registramos una experiencia. Ahí es donde se vuelve importante el trabajo meticuloso del terapeuta y su cliente. Podríamos destacar concretamente el trabajo de Levin y Modell, que muestra que se activan más centros del cerebro como respuesta a una metáfora que como respuesta a cualquier otra forma de comunicación humana, lo cual indica que la formación de nuevas vías neurales surge de lo simbólico y como respuesta a ello (Levin 1997 y Modell 1997, citados en Pally 2000: 132). Las nuevas conexiones no se crean como entidades completamente nuevas, sino que se añaden a conexiones ya existentes. Suele emplearse para describir este proceso la idea de Hebb (1949) de que las células que se activan juntas quedan juntas estableciendo su red de conexiones.

Este proceso de curación no sólo es hacer consciente lo inconsciente, como en la interpretación, sino también la experiencia interactiva global en cada uno de los miembros de la diada analítica. Mediante la vivencia en el seno de la diada es como se añaden nuevas entidades a las conexiones preexistentes en ambos cerebros-mentes. Se revisa el pasado a nivel de lo implícito, cambiando formas de ser de base muy profunda y comportándose luego más ligado al presente por medio de la interpretación transformativa en el contexto de la experiencia relacional real del momento, dando lugar a un cambio en la esencia del apego. Este reflejo (*mirroring*², en inglés) de vivencias relacionales tempranas sanas por la diada analítica posibilita el proceso de regulación afectiva, primero en el analista y luego en el paciente. Para mí, la terapia es más bien como una doble hélice en la que los procesos del cerebro izquierdo y del cerebro derecho, uno predominantemente cognición y el otro predominantemente afectividad, se entrelazan. Es una terapia que presta atención al momento presente, a los afectos, al estado y al proceso, no sólo a la cognición. Esta forma de trabajar está en el fondo de la respuesta de las terapias psicodinámicas a las ideas y los conocimientos que están saliendo de la neurociencia afectiva. Las interpretaciones que carecen de esta base son meramente cognitivas, relacionadas principalmente con el hemisferio izquierdo. No

obstante, tengo que insistir en que las interpretaciones bien dosificadas y oportunas que conlleven el expresar las emociones mediante palabras, estimulando así un funcionamiento sano e integrado de ambos hemisferios cerebrales, deben seguir formando parte intrínseca del proceso de volver a la mente.

Los neurocientíficos sostienen que el tratamiento centrado en la afectividad altera los lóbulos frontales del cerebro (Schore 2001a: 315) de una forma que es detectable por los estudios de neuroimagen funcional (Solms y Turnbull 2002: 288). LeDoux supone que el análisis funciona reforzando el control cortical de la amígdala (LeDoux 1996: 265), y éste es, de hecho, un aspecto esencial del proceso analítico. No obstante, la tesis de este libro es que, como sabía Jung, ese proceso tiene lugar de la forma más eficaz cuando el consciente influye en el inconsciente, cambiando formas de ser y de comportarse almacenadas profundamente en la memoria implícita. Sólo entonces puede traerse a la mente completamente una mala vivencia relacional temprana que tuvo lugar antes de que se formase la mente, o un trauma tan grave que no pudo quedarse en la mente.

Schore señala que la corteza límbica prefrontal conserva las capacidades plásticas del desarrollo temprano toda la vida, haciendo posible así el cambio terapéutico (Schore 2001b: 73). «La esencia del cerebro humano es almacenar experiencia —todo tipo de experiencia— y generalizar partiendo de lo concreto hacia lo general» (Perry 1999: 20-1). Por medio de la relación de transferencia con el analista, el paciente es capaz de explorar sus patrones firmemente arraigados de reaccionar ante otra persona, patrones que se entienden en teoría como expresión de actividad por las vías neurales formadas por la experiencia anterior. Por medio de la contratransferencia, el analista es primero capaz de vivirlos con el paciente y luego de examinar los patrones recurrentes con el paciente durante el proceso analítico. Por medio del proceso analítico se añaden nuevas entidades a las conexiones preexistentes, de la forma transformadora que es el resultado de una interpretación apropiada y bien secuenciada en el tiempo. Schore apunta que un tratamiento centrado en la afectividad puede:

alterar literalmente el sistema orbitofrontal [del cerebro y sugiere que las] interacciones no verbales de transferencia-contratransferencia que tienen lugar a niveles preconsciente-inconsciente representan comunicaciones de hemisferio derecho a hemisferio derecho de estados emocionales de actuación rápida, regulados y desregulados automáticamente, entre el paciente y el terapeuta.

(Schore 2001a: 315)

El material clínico es la base de este libro y muestra estas ideas en acción en el consultorio. Busco demostrar el valor de los aspectos relacionales, reguladores de la afectividad, del trabajo analítico, que forja nuevas vías neurales por medio de la conexión emocional. La verdad emocional es la que sostiene la percepción de los recuerdos y también el proceso de los sueños según van surgiendo en el consultorio, y es confirmada por la percepción del analista en la contratransferencia. El material de casos clínicos busca demostrar cómo la experiencia interactiva en el seno de la diada analítica posibilita

la construcción del andamiaje emocional necesario para el surgimiento de la función reflexiva, para «volver a la mente».

Quizá como algo todavía especulativo, aun así puede deducirse que el proceso terapéutico y las simbolizaciones que se van desarrollando asociadas a él pueden generar nuevas vías neurales en el cerebro y, más concretamente, pueden desarrollar el tracto fibroso llamado cuerpo calloso, que es la principal autopista de comunicación entre los dos hemisferios y que se ha demostrado que se reduce a causa de los efectos de los traumas (Teicher 2000). «La unión de las fuerzas de los hemisferios derecho e izquierdo [es la que] permite la máxima integración de nuestra experiencia cognitiva y emocional con nuestros mundos interior y exterior» (Cozolino 2002: 115). Lo que permite esta integración es, durante la experiencia de la transferencia, la unión del pasado con el presente, y el regreso a la experiencia emocional y el volver a trabajarla. Siegel apunta que «cuando uno logra la integración neuronal de los hemisferios, logra entonces discursos coherentes» (Siegel 2003: 15). El trabajo analítico que abarque tanto los agentes del cambio relacionales como los interpretativos puede dar lugar a la integración de la actividad de los hemisferios de la mente-cerebro que permite entonces que emerja el sí-mismo con mayor plenitud mediante el proceso de individuación.

Notas al pie

1. Versión castellana (2008): *El amor maternal: La influencia del afecto en el desarrollo mental y emocional del bebé*, Colección Eidon, Barcelona: Albesa.

2. N. del T.: *Mirroring* es la conducta en la que una persona imita, reproduce, subconscientemente los gestos, la forma de hablar o la actitud de otra persona. El verbo *to mirror* se ha traducido por «reflejar», y la forma nominal como «reflejo». En otras publicaciones, el lector puede encontrar otras traducciones como «espejar» —cuyo sentido se expresa mejor en su versión pronominal, «espejarse (en)»—, «espejear» [sic] o «reflejar en espejo», en la línea de la versión alemana del término (*spiegeln* y *Spiegelung*). Suele ocurrir con frecuencia en sociedad, especialmente en compañía de amigos y de la familia, y fomenta la identificación. La imagen del espejo freudiana se relaciona con los mecanismos de identificación primaria, cuando el niño comienza a imitar a los padres, pretendiendo hacer solo las cosas, y de este modo se identifica con ellos.

CAPÍTULO 2

NOCIONES BÁSICAS SOBRE EL CEREBRO

Las ciencias naturales aúnan dos mundos, el físico y el psíquico [y] la Psicología sólo lo hace en tanto que es Psicofisiología.

(Jung 1946: párr. 162)

Un vistazo al cerebro

Gran parte de lo que se sabe sobre la estructura y el funcionamiento del encéfalo³ que nos viene de la neurociencia contemporánea ha sido posible gracias al descubrimiento de métodos cada vez más sofisticados de observar el cerebro. Las técnicas de neuroimagen han permitido comprender la estructura y la función del encéfalo y han identificado la localización y los centros neurálgicos de actividad cerebral, de la estimulación y la expresión de la afectividad en el encéfalo. La EEG se ha utilizado desde hace mucho para medir fluctuaciones en la actividad eléctrica del cerebro. Más recientemente, el TAC (tomografía axial computerizada) ha hecho posible la producción de series de imágenes de rayos X que representan «rodajas» o «lonchas» del cerebro. Las señales grabadas de la absorción selectiva de ondas de radio por el cerebro pueden usarse también para generar las imágenes detalladas del cerebro que se conocen como RM (resonancias magnéticas).

Hay otros dos tipos de escaneo que están empezando a permitir a los neurocientíficos buscar cambios en el cerebro cuando está «trabajando». Cuando se activa una determinada parte del cerebro se requiere más oxígeno, y un escáner de RMf (resonancia magnética funcional) es capaz de registrar y traducir este incremento de la absorción de oxígeno por la hemoglobina a imágenes informatizadas, registrando así la actividad aumentada en determinadas áreas del cerebro. Este tipo de escáner es capaz de escanear muy rápido y tiene la mayor resolución de todos los escáneres, pero es muy caro. El tipo de escáner TEP registra y traduce a imágenes informatizadas el efecto de una inyección de una sustancia radiactiva que emite rayos gamma: las áreas activas del cerebro aparecen en rojo. La resolución tiene una menor definición y es necesaria la inyección radiactiva, lo cual limita su uso.

La aparición de estas «nuevas técnicas de neuroimagen no invasivas que permiten levantar un mapa espacial tridimensional de la actividad metabólica (que refleja el nivel de actividad neuronal) en tiempo real» (Sherwood 2005), y en particular el uso de RMf y TEP, es lo que ha hecho posible gran parte de los avances en neurociencia. En palabras de Solms y Turnbull, están «produciendo una cantidad de conocimiento que jamás se había soñado hasta ahora sobre los fundamentos fisiológicos del mundo interior» (Solms y Turnbull 2002: 5). No obstante, es necesario hacer algunas advertencias a la hora de valorar su posible contribución a nuestro conocimiento en el presente. Las técnicas de neuroimagen no pueden examinar todavía la complejidad de la interacción entre las regiones cerebrales. Los intervalos de tiempo que se barajan son de milisegundos en lugar de años, como ocurre en el análisis tradicional. Gran parte de los datos científicos se han basado hasta ahora en estudios animales, aunque ahora empieza a poder disponerse de datos de investigación en humanos. Los que buscan cartografiar el cerebro se han ido dando cuenta cada vez más de la complejidad del objeto que intentan cartografiar y, por ello, son cada vez más conscientes del peligro de falsos positivos en los resultados de la investigación científica. Teniendo en cuenta estas palabras de advertencia, puedo insinuar que estamos viviendo el nacimiento de una era nueva y fascinante en nuestro

conocimiento del cerebro-mente.

Las células y sus conexiones

Las células y sus conexiones fabrican la mente en funcionamiento que desde hace tanto ha sido objeto de nuestra observación minuciosa en el consultorio. El cerebro está formado por una red muy densa de células, muchas de las cuales son neuroglías que mantienen unido el cerebro, ladrillos de la estructura sobre la que está construido. Las demás células, llamadas neuronas, son las que hacen el trabajo de emitir señales, trabajo que está en la base de la actividad cerebral y que sostiene el funcionamiento del ser humano. Todas las neuronas tienen un centro que es capaz de transportar un impulso eléctrico. Cada una de ellas tiene dendritas, bucles que reciben mensajes de otras neuronas, y axones, que transmiten los mensajes a células vecinas que a su vez se activan. Algunas células tienen axones cortos diseñados para alcanzar a las células más cercanas, y otras tienen axones largos y finos cubiertos de mielina blanca (una sustancia grasa) que posibilita la conducción hasta las partes más remotas del cuerpo. Las células cerebrales se comunican entre sí a través de espacios entre ellas (ver la ilustración 2.1).

En palabras de LeDoux, «cada cerebro tiene miles de millones de neuronas que, juntas, producen billones de conexiones sinápticas entre sí» (LeDoux 2002: 49). También sabemos que la transferencia de información dentro de cada neurona es un proceso eléctrico, pero en las sinapsis, el lenguaje eléctrico del cerebro se convierte en lenguaje de transmisión químico. En los años noventa del siglo XX, la aparición de la RM, los datos TEP y la aportación de los neurobiólogos trajeron un conocimiento más detallado de cómo reflejan estas conversaciones electroquímicas que tienen lugar entre neuronas la representación y la codificación de la experiencia interior y exterior dentro de la mente, y las respuestas de la mente humana a esa experiencia. A medida que se van construyendo conexiones sinápticas, aparecen circuitos de neuronas metidas de lleno en conversaciones electroquímicas: circuitos complejos que forman sistemas y redes. Algunas vías son locales, pero otras están mielinizadas (cubiertas de tejido graso blanco) para la conducción eficaz hacia estructuras neuronales distantes. Un aumento de la actividad en el cerebro en formación provoca un aumento de la complejidad sináptica. A medida que la mente-cerebro percibe nuevos patrones de estímulos del mundo exterior se van creando nuevas vías sinápticas y van cambiando las conexiones bioquímicas y eléctricas locales. Como la experiencia de cada persona es distinta, hay patrones de conectividad distintos en cada cerebro-mente.

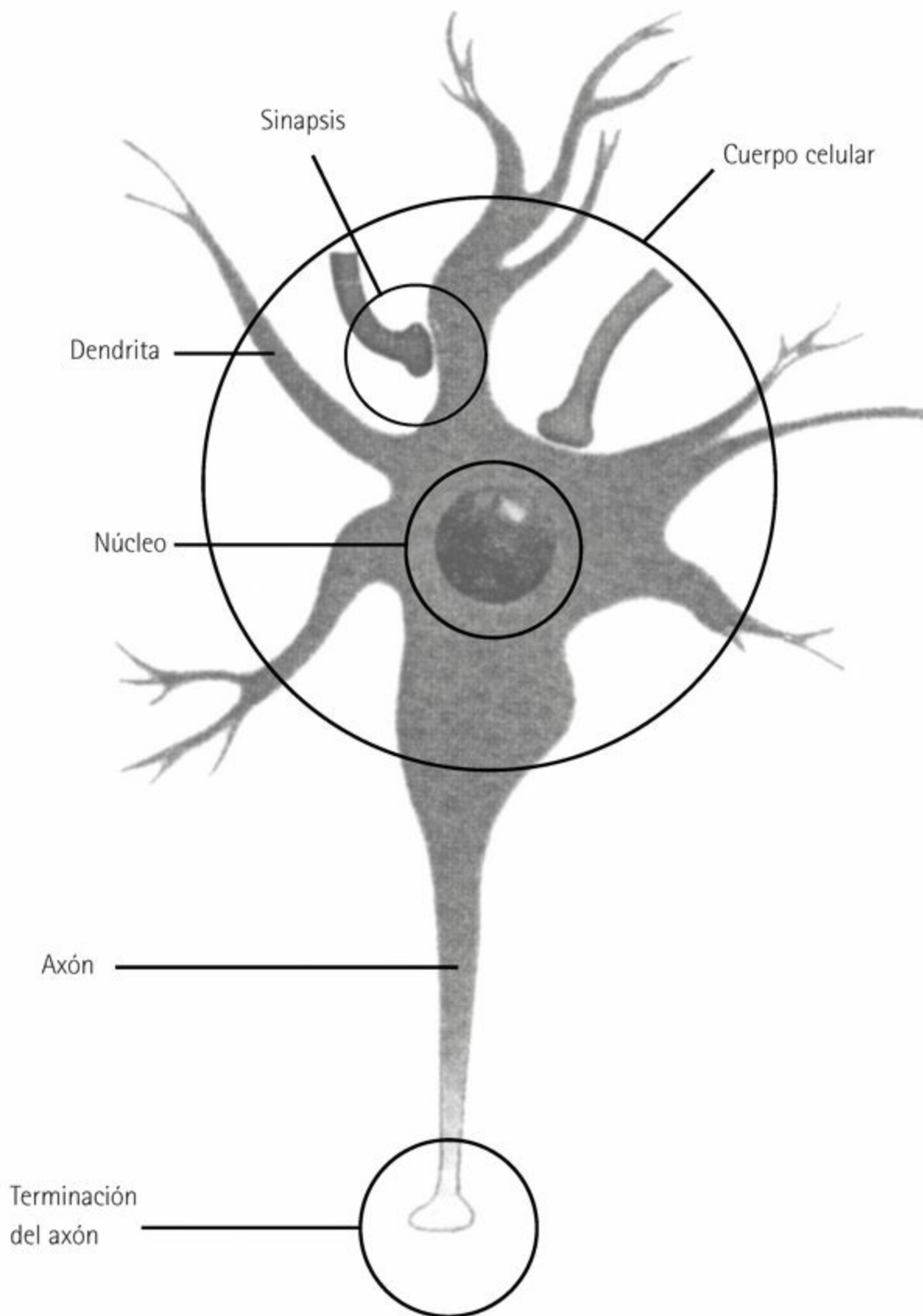


Ilustración 2.1. Una neurona

Fuente: Carter (2000: 38)

Las sustancias químicas del cerebro

Los neurotransmisores son sustancias químicas que transmiten mensajes de una célula cerebral a otra, es decir, de una neurona a otra. Algunos neurotransmisores son también neuromoduladores que modifican los efectos en el cerebro. Se han encontrado muchos tipos distintos de neurotransmisores y algunos de ellos son de especial importancia para comprender el cerebro-mente. La *dopamina* actúa en la activación fisiológica (*arousal*, en inglés), en las respuestas de curiosidad-interés-expectación y en los procesos del soñar. La *noradrenalina* (conocida como *norepinefrina* en los EE. UU.) posibilita la activación fisiológica tanto física como mental y levanta el ánimo, y actúa en la respuesta de emergencia del cerebro a los traumas. La *serotonina* regula el ánimo, las emociones y la ansiedad, la *acetilcolina* está relacionada con la atención, el aprendizaje y la memoria, el *glutamato* es la sustancia química que más excita y que permite el procesamiento de memoria a corto y largo plazo, y el *ácido gamma-aminobutírico* (GABA) actúa como defensa química entre las células para prevenir un exceso de actividad que pudiese producir la destrucción de células. El grupo que se conoce como *endorfinas* (opíaceos o sedantes endógenos) modifican la experiencia traumática, reducen el estrés, inducen tranquilidad y premian la vinculación afectiva. Algunas, como el glutamato o el GABA, actúan en todo el cerebro. Otras, como la serotonina y la dopamina, tienen vías específicas que posibilitan la ejecución de sus funciones particulares. Por ejemplo, en el caso de la dopamina, Carter (2000) señala lo siguiente:

[...] un estímulo del exterior [...] o del cuerpo [...] es registrado por el sistema límbico, que crea una urgencia que es registrada conscientemente como deseo. La corteza cerebral entonces da instrucciones al cuerpo para actuar de la forma que sea necesaria para cumplir su deseo. La actividad vuelve a enviar mensajes al sistema límbico, que segrega neurotransmisores similares a los opíaceos o calmantes que aumentan los niveles de dopamina en circulación y crean una sensación de satisfacción.

(Carter 2000: 95)

La estructura del cerebro

El cerebro está dividido en dos mitades asimétricas o hemisferios (ver la ilustración 2.2). Cada hemisferio se desarrolla de una manera bastante especializada y desempeña determinadas funciones. En un principio se creyó que cada función estaba localizada en una área determinada, y hasta cierto punto es verdad, pero ahora se cree que estas áreas densamente conectadas, por lo menos en algunos casos, pueden fundirse imperceptiblemente unas con otras en lugar de tener límites muy definidos. Si se daña o se extirpa alguno de los hemisferios en los primeros años de vida, la otra mitad puede ser capaz de asumir algunas de las funciones que normalmente estarían localizadas en la otra. Esto puede ocurrir también en una edad más avanzada, pero de forma extremadamente limitada, por ejemplo después de un traumatismo físico o un derrame cerebral.

Aunque su forma es asimétrica, los dos hemisferios son iguales en que tiende a haber dos de cada uno de los distintos módulos dentro del sistema modular de gran complejidad que compone la estructura interna del cerebro, uno de ellos situado en cada hemisferio. Voy a seguir la costumbre de utilizar el número singular para cada parte, pero señalando cuándo se cree que es más activa en uno de los hemisferios (por ejemplo, el hipocampo en el hemisferio izquierdo y la amígdala en el derecho).

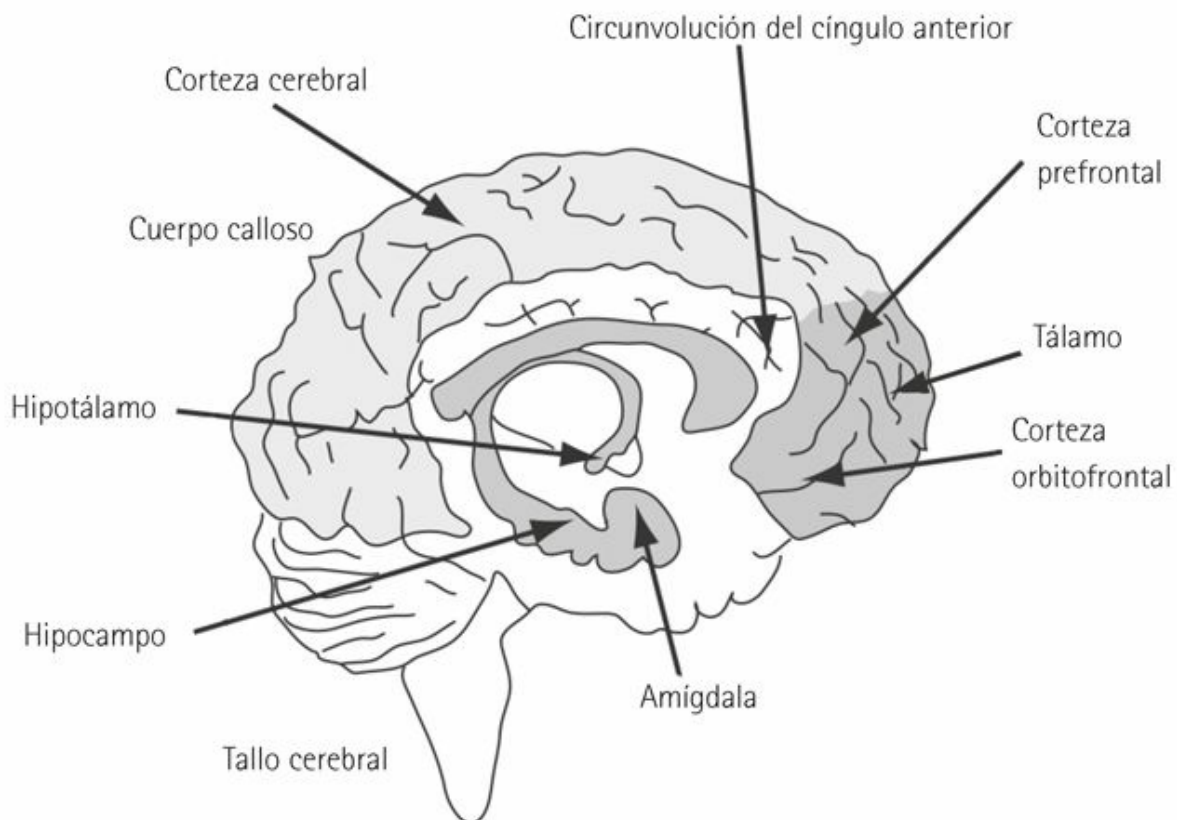


Ilustración 2.2. El cerebro humano

Fuente: Gerhardt (2004: 35)

El cerebro puede considerarse dividido en tres partes: el tallo cerebral (también llamado tronco del encéfalo o tronco cerebral, y que es el núcleo más antiguo del cerebro), un mesencéfalo o cerebro medio (que evolucionó posteriormente) y luego la corteza o córtex cerebral (que fue la última en entrar en escena), la «gorra de pensar» (*thinking cap*, en inglés) con numerosos pliegues que cubre el cerebro.

El tallo cerebral

El tallo cerebral (también llamado tronco cerebral o tronco del encéfalo) está formado por conexiones con la médula espinal y, por tanto, con todo el cuerpo. El área que se une justo a la médula espinal, y que se conoce como bulbo raquídeo o médula oblonga, regula las funciones corporales que se dan por debajo del nivel de consciencia, como las frecuencias cardíaca y respiratoria y la presión arterial. Cerca del extremo superior del tallo cerebral cuelga el cerebelo o pequeño cerebro primitivo que ha sido sustituido por la corteza cerebral en los humanos modernos.

El cerebro medio o mesencéfalo

Las partes del cerebro medio que suelen encargarse de las emociones y de la memoria (entre las que están el tálamo, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo) suelen agruparse bajo la denominación de sistema límbico. Se trata, no obstante, de un concepto teórico más que una descripción de una área claramente identificable. Algunos consideran que el término no es útil, ya que hay bastante desacuerdo sobre lo que debería incluirse en él. Otros lo emplean como clave para referirse a la parte del cerebro que se encarga de las emociones y que está conectada densamente a la corteza orbitofrontal, el centro de control para el procesamiento de las emociones en la corteza.

La corteza cerebral o telencefálica

Cubriendo las demás partes del cerebro nos encontramos el cerebro o telencéfalo, con su capa fina y muy plegada más externa que se conoce como corteza cerebral o córtex. Cada hemisferio de la corteza cerebral tiene cuatro lóbulos distintos. El lóbulo occipital está en la parte posterior de la cabeza y se ocupa principalmente del procesamiento visual. Situado en el lateral está el lóbulo temporal, que se encarga de determinados aspectos de la memoria, así como de la comprensión de sonidos y del habla (normalmente en el hemisferio izquierdo). En la zona de la coronilla está el lóbulo parietal, que se ocupa principalmente del movimiento y las sensaciones. El poderoso lóbulo frontal tiene la responsabilidad de la toma de decisiones ejecutivas.

El hemisferio derecho

Hay un interés cada vez mayor por el papel concreto que tiene el hemisferio derecho del cerebro en el desarrollo humano. Es más maduro al nacer que el hemisferio izquierdo, que se desarrolla más tarde, por lo que Schore (2002) sostiene que el hemisferio derecho tiene un papel determinante en el desarrollo del bebé —ver más detalles al respecto en el capítulo 3—. El hemisferio derecho procesa la primera respuesta del bebé a los estímulos que le bombardean desde el mundo exterior. Desde el nacimiento, el cerebro derecho, en especial la amígdala, procesa la primera experiencia del bebé con su cuidador principal, especialmente con su rostro y las emociones que se reflejan en él (Sieratzki y Woll 1996). A los 3 meses de edad, el cíngulo anterior entra en juego y prepara al bebé para las experiencias de socialización. Más adelante, a partir de los 10 meses, la corteza prefrontal madura y permite al bebé experimentar una forma de relacionarse más madura, llevando al final a la capacidad de autorregularse, a afrontar la experiencia de estar separado y la experiencia de la vergüenza. Panksepp sugiere que nuestro hemisferio cerebral derecho tiende a ser profundo y negativista desde el punto de vista emocional (Panksepp 2003: 10). La amígdala derecha procesa los rostros que dan miedo, pero su reacción puede ser modificada por la corteza orbitofrontal, a no ser que un estrés extremo haya provocado una reducción neuronal severa de las conexiones neuronales que hubieran agenciado este proceso (Schore 2001c). Otros estudios destacan la participación receptiva del hemisferio derecho en la percepción temprana de la prosodia emocional, es decir, del ritmo y la cadencia de la voz humana (Nakamura *et al.* 1999). Siegel sugiere el calmarse o reconfortarse a uno mismo como función adicional del hemisferio derecho (Siegel 2003: 14).

Schore hace referencia a un amplio número de estudios que, juntos, han determinado que el hemisferio derecho en su formación temprana almacena un modelo de funcionamiento interno de la relación de apego que luego determina las estrategias de regulación afectiva para el afrontamiento y la supervivencia características del individuo (Schore 2003a: 245). Schore destaca su capacidad de evaluación, especialmente de las emociones, y de asociación de las emociones a ideas y pensamientos, así como de conciencia autorreflexiva y de teoría de tareas mentales con componentes afectivos (Schore 2003a: 63). Devinsky habla de la función del hemisferio derecho y saca en conclusión que es dominante en la consciencia del sí-mismo físico y emocional y en el sentido primordial del sí-mismo (Devinsky 2000: 69). Decety y Chaminade reúnen pruebas para fundar su opinión de que «la corteza parietal inferior y la corteza prefrontal del hemisferio derecho tienen un papel especial en la capacidad fundamental de reconocer el sí-mismo y distinguirlo de los demás, así como en la forma en la que el sí-mismo representa al otro» (Decety y Chaminade 2003: 577). Para ellos, el sí-mismo es tanto especial como social, y la interacción sí-mismo-otro es la clave de la formación del sí-mismo. Señalan que «la conciencia de uno mismo, la empatía, la identificación con los demás, así como los procesos intersubjetivos más generales, dependen en gran medida de los recursos del hemisferio derecho, que son los primeros en desarrollarse» (Decety y

Chaminade 2003: 596).

El hemisferio izquierdo

Con el crecimiento del cerebro izquierdo, cerebro de maduración tardía, al llegar a los 2-3 años, el niño desarrolla una mayor capacidad lingüística y analítica, funciones que están localizadas en este hemisferio. Esto permite una nueva percepción de agencia, de relación y de separación. El desarrollo del hipocampo hace posible la memoria explícita o declarativa. Tres áreas clave contribuyen a este desarrollo. La corteza dorsolateral prefrontal, donde somos capaces de considerar nuestros pensamientos y sentimientos, es la sede de la memoria de trabajo, es decir, de la información que se guarda en la mente para las necesidades del momento más inmediato, quizá formada a partir de la experiencia presente o posiblemente reconstruida a partir de la memoria a largo plazo para su uso inmediato —el lector encontrará más detalles al respecto en el capítulo 4—. Las otras dos áreas son el cíngulo anterior y el hipocampo, el cual añade lugar y fecha a los recuerdos y colabora en su almacenamiento y en su recuperación. Las tres juntas tienen un papel importante en la formación del sí-mismo social que es capaz de comunicarse con los demás (Gerhardt 2004). Estos procesos sólo pueden darse eficazmente si hay una buena comunicación interhemisférica. El desarrollo se ve afectado a veces cuando ha habido traumas graves, prolongados o con muchas capas (Teicher 2000, 2002). Parte de la respuesta de miedo extremo asociada a los traumas consiste en inhibir los centros del habla localizados en esta parte del cerebro. Puede ser esto lo que lleve a la disfunción del cuerpo calloso (la principal ruta de comunicación entre los hemisferios) observada por Teicher (2002) en sus estudios a gran escala.

Un complejo sistema de comunicaciones

El intento de conceptualizar la estructura y el funcionamiento del cerebro de forma que sea accesible para el lector ha ejercitado mi mente y la de muchos escritores anteriores a mí. Algunos han recurrido a la metáfora, como por ejemplo la orquesta (Goldberg 2001) y el paisaje (Carter 2000), mientras que otros han preferido utilizar el lenguaje de la informática o de la arquitectura. Parece que no hay nada que describa aceptablemente esta increíble entidad viva que en sí forma parte de un organismo vivo. Es el centro de control del ser mente-cerebro-cuerpo y, sin embargo, lleva dentro de sí otro centro de control: la corteza prefrontal. El cerebro humano ha evolucionado a lo largo de muchos milenios como respuesta a los retos del entorno y recientemente a los retos del desarrollo del lenguaje. Es único en cada individuo, no sólo formado en esa respuesta individual a las predisposiciones congénitas, sino también moldeado por el entorno en el que evoluciona el individuo. Se desarrolla especialmente en respuesta a la experiencia de la relación, concretamente con el cuidador principal. La formación del cerebro y del cerebro-mente es fundamentalmente asociativa y relacional. Cada cerebro se forma como resultado de su interacción con lo que siente hacia adentro en el cuerpo y con lo que afecta a la persona desde fuera, lo cual es, en primera instancia, el cuidador principal. Su plasticidad, es decir, su capacidad de cambio, llega a su punto álgido en los tres primeros años de vida y luego en la adolescencia. Esta plasticidad dura toda la vida.

Por ahora voy a intentar seguir la metáfora del complejo sistema de comunicaciones, que podría representarse mediante un mapa de carreteras o un mapa del ferrocarril. Si observas los sistemas de carreteras o de ferrocarriles de la mayoría de los países, hay algo que salta a la vista con claridad: prácticamente todas las vías principales salen radialmente de la capital o van hacia ella, que es, de hecho, el centro de control.

El centro de control

La corteza prefrontal

Se puede decir prácticamente lo mismo de la corteza prefrontal, el centro de control ejecutivo del cerebro, localizado en la corteza, la «gorra de pensar» del cerebro (que es la última parte del cerebro en desarrollarse, en términos de evolución, y que llega a su máximo desarrollo en los humanos). Tiene conexiones directas con prácticamente todas las partes del cerebro. Su parte ventromedial u orbitofrontal (la parte central, detrás de las órbitas de los ojos) es singular porque está extremadamente cerca de las tres áreas principales del cerebro. «Su posición central desde el punto de vista anatómico le permite integrar la corteza, la estructura límbica y el tallo cerebral en un todo funcional» (Siegel 2003: 21).

La corteza prefrontal actúa como brazo ejecutivo del cerebro derecho, ya que tiene fuertes conexiones neuronales con los sistemas emocionales situados en el hemisferio derecho de desarrollo temprano que es dominante en los primeros años, hasta que el hemisferio izquierdo, de desarrollo tardío, entra en juego. La integración que es posible gracias a la actividad de esta parte del cerebro puede ser el medio por el cual se consigue la autorregulación. Schore (2003a) comenta lo siguiente al respecto:

Las experiencias de apego, las transacciones cara a cara de sincronía afectiva entre el cuidador y el bebé, influyen directamente en la impresión, el cableado del circuito de la corteza orbitofrontal [...] que se sabe que entra en un cambio importante a la edad de 10-12 meses y que termina un período crítico de crecimiento entre los 18 y los 24 meses.

(Schore 2003a: 60)

Gerhardt (2004) cita el estudio de Chugani que demostraba que los huérfanos rumanos «apartados de cualquier vínculo cercano con adultos porque se les dejaba en la cuna todo el día, incapaces de establecer relaciones, tenían un auténtico agujero negro en la zona en la que tenía que estar la corteza orbitofrontal» (Chugani *et al.* 2001, citado en Gerhardt 2004: 38).

Los sistemas de comunicaciones

Edelman y Tononi (2000: 42-50) señalan varios sistemas de comunicaciones en el cerebro que son vitales para su buen funcionamiento y para lograr la consciencia (ilustración 2.3).

- A) El diagrama superior muestra el sistema tálamo-cortical —una densa malla de conexiones de reentrada entre el tálamo y la corteza y entre distintas regiones corticales por medio de las llamadas fibras o tractos córtico-corticales—. B) El diagrama de en medio muestra los largos bucles polisinápticos dispuestos en paralelo que salen de la corteza, entran en los llamados apéndices corticales (aquí se indican los ganglios basales y el cerebelo), y retornan a la corteza. C) El diagrama inferior indica uno de los sistemas de valores de proyección difusa (el locus cerúleo noradrenérgico), que distribuye una «reddecilla» de fibras por todo el cerebro y que puede liberar el neuromodulador noradrenalina.

(Edelman y Tononi 2000: 43)

La red de alta densidad

La red de alta densidad está compuesta por el sistema tálamo-cortical con cientos de áreas especializadas, cada una de ellas con decenas de miles de grupos neuronales. Todos estos grupos neuronales están unidos por conexiones convergentes o divergentes, organizadas recíprocamente, que forman juntas una malla única y muy apretada.

Los sistemas de bucles largos

Los sistemas de bucles largos forman las rutas que unen la corteza con un conjunto de apéndices propios, el cerebelo, los ganglios basales (lo cual incluye la amígdala) y el hipocampo —y viceversa, desde éstos a la corteza—. Cada ruta forma un bucle distinto, especializado en realizar su propio conjunto de tareas.

Los sistemas tipo abanico

Los sistemas tipo abanico forman vías para los sistemas hormonales (noradrenérgico, serotoninérgico, dopaminérgico, colinérgico e histaminérgico). Edelman y Tononi (2001) señalan que la activación de neuronas en cada uno de estos sistemas libera su neuromodulador, y apuntan que estas potentes hormonas son capaces de afectar no sólo a la actividad neuronal, sino también a la plasticidad neuronal, haciendo posible el cambio de adaptación en el cerebro-mente-cuerpo.

Las principales vías de conexión interhemisféricas

La principal vía de conexión interhemisférica es la formada por el cuerpo calloso, una franja de tejido blanca y curva que conecta los dos hemisferios, compuesta por 200

millones de fibras nerviosas aproximadamente y que actúa como principal vía de comunicación entre los hemisferios derecho e izquierdo. Permite el intercambio continuo de información entre los dos hemisferios del cerebro. La comisura anterior conecta el sistema límbico en cada uno de los hemisferios, permitiendo así el intercambio de información emocional a nivel inconsciente.

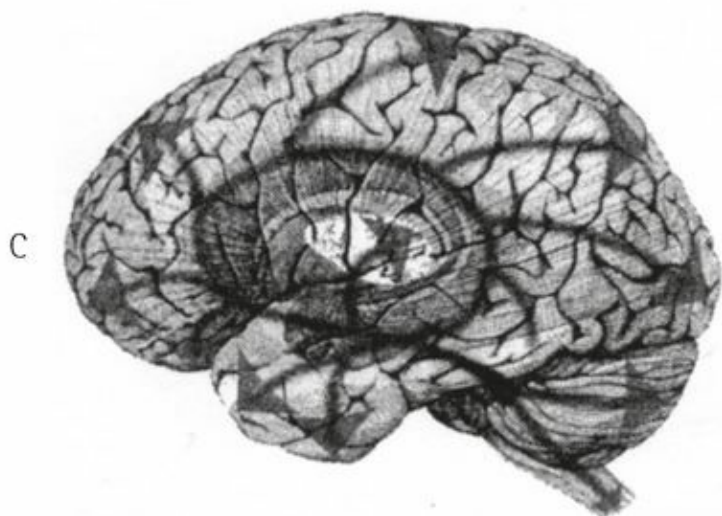
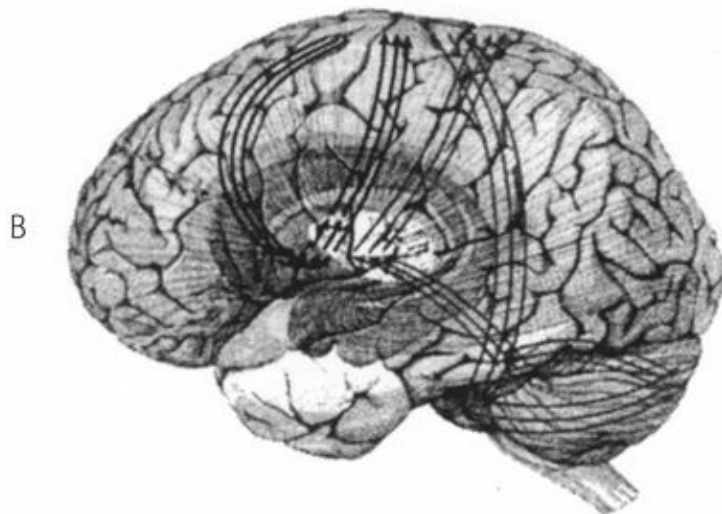
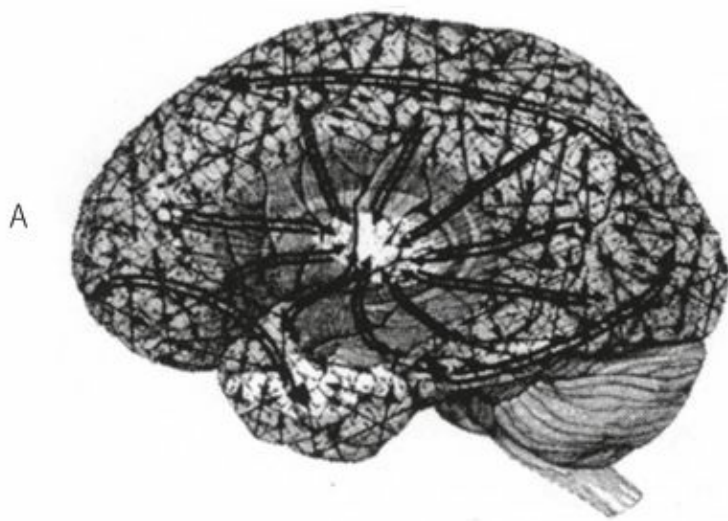


Ilustración 2.3. Los sistemas de comunicaciones en el cerebro

Fuente: Edelman y Tononi (2000: 43)

Los sistemas de información

El tálamo, el hipotálamo y los ganglios basales

Juntas, estas tres estructuras subcorticales del mesencéfalo son responsables de la percepción «exterior», por medio de los sentidos (tálamo); la percepción «interior», de los estados viscerales interiores (el hipotálamo), y la acción (ganglios basales, incluida la amígdala). El tálamo es capaz de procesar la información sensorial de fuera del cuerpo que llega de distintas áreas del cerebro encargadas de la recepción inicial de esa información. Está estrechamente ligado al hipotálamo, que vigila la información que procede del interior del cuerpo. El hipotálamo es un centro endocrino de vital importancia. Las hormonas que secreta hacen posible que los procesos neuronales operen de forma asociada por todo el cerebro y el cuerpo.

La amígdala

Se cree que la amígdala, que es una área minúscula en el núcleo del sistema límbico, es especialmente importante en el procesamiento de las emociones en el cerebro derecho, y es la responsable del sistema de respuesta de emergencia del cerebro. Ante lo que se percibe como una amenaza, opera de forma precognitiva para organizar una respuesta cerebro-mente inmediata y total. Al mismo tiempo, informa a la corteza dónde puede adoptarse una visión más medida y moderada de la situación, mientras los procesos instantáneos activados por la amígdala ya están respondiendo a la amenaza inmediata. En ella también se almacenan los «recuerdos» emocionales implícitos, inconscientes, de las vivencias más tempranas. Forman la configuración temprana que dicta las formas de ser y de comportarse arraigadas con mayor profundidad, que se convierten en parte de nuestro repertorio emocional el resto de nuestra vida. Dentro de este almacén hay patrones de memoria implícita de experiencias traumáticas anteriores que conforman la respuesta de la amígdala en momentos de crisis. Es la reacción excesiva lo que hace que surjan los síntomas que se manifiestan en el trastorno de estrés postraumático (TEPT). LeDoux insiste en que la amígdala «es un lugar clave de aprendizaje porque está situada justo en el centro entre las estaciones de entrada [*input*, en inglés] y salida [*output*, en inglés]» (Le-Doux 1999: 114).

El hipocampo

El hipocampo está asociado a la actividad del hemisferio izquierdo y añade lugar y fecha a los recuerdos, y es el responsable de la codificación de la memoria a largo plazo.

El núcleo del tallo cerebral

Desde el núcleo del tallo cerebral, en la base del encéfalo, surgen muchas vías, que llegan a las partes más recónditas del cerebro, asegurándose de su activación. Algunas de las rutas que parten del tronco del cerebro están ligadas a una sustancia bioquímica concreta y llevan un determinado neurotransmisor, mientras otras son complejas desde el punto de vista bioquímico y en ellas intervienen varios neurotransmisores (Goldberg 2001: 29).

Los nervios del tallo cerebral se extienden desde la médula espinal y forman por ello la vía de conexión cerebro-cuerpo.

Principios rectores del cerebro-mente

El desarrollo en red del cerebro-mente depende de una progresión desde la simplicidad a la complejidad a través de la configuración, por medio de la formación de patrones (*patterning*)

La modificación encefálica de las conexiones sinápticas tiene lugar por medio de su respuesta a su interacción tanto con el mundo interior como con el mundo exterior. El entorno total incluye lo que impacta del exterior, muchas veces bajo la forma de experiencia que va surgiendo de relaciones importantes, y lo que se percibe desde dentro según va enviando el cuerpo información sobre los distintos estados corporales por los que pasa. La mente responde a los cambios que ocurren en el cerebro como resultado de la experiencia. Por tanto, el cerebro se modifica a su vez en respuesta a la mente. La plasticidad permite la posibilidad de esta modificación constante de «configuraciones» (*patterning*, en inglés) anteriores formadas antes en el cerebro, basadas en experiencias anteriores. Schank (1999) señala que esas modificaciones ocurren cuando el cerebro sufre fracasos relacionados con expectativas previas. Así pues, el cerebro es capaz de aprender de la experiencia y modificar las expectativas futuras según ésta. Gran parte del intercambio entre el analista y el paciente depende de este aspecto de la relación mente-cerebro. Las redes que hay en el cerebro están conectadas de muchas maneras, permitiendo los patrones de procesamiento de información más complejos. Estos patrones de actividad neuronal proporcionan los elementos de los que está formado el significado (Freeman 1999). Cozolino (2002) señala lo siguiente:

Las redes transcorticales en ambos hemisferios proporcionan información sensorial-motora altamente procesada a la corteza frontal. Simultáneamente, múltiples redes jerárquicas, que hacen bucles hacia arriba y hacia abajo por toda la corteza, el sistema límbico y el tallo cerebral, proporcionan a la corteza frontal información visceral, conductual y emocional.

(Cozolino 2002: 132)

Las redes proporcionan el sistema de circuitos de las emociones conectando la amígdala y el cíngulo anterior a la corteza orbitofrontal, que es el director general del cerebro emocional. Otras redes proporcionan a la corteza prefrontal información de los sentidos y del cuerpo. Las vías neurales posibilitan la integración del sistema de memoria hipocampal, que añade lugar y fecha a los recuerdos explícitos, y el sistema de memoria amigdalina, que almacena la experiencia emocional y somática en la memoria implícita. Como estas regiones tienen una predisposición a los hemisferios izquierdo y derecho respectivamente, la integración es reforzada por los ejes arriba-abajo e izquierda-derecha de procesamiento de información (Cozolino 2002: 140). Lo que sabemos de los complejos circuitos que forman sistemas con una función concreta, como el miedo, la furia o el deseo, se ha ido aclarando gracias al trabajo de todos aquellos que se dedican al estudio de la neurociencia afectiva o de la afectividad.

Como los datos que se recogen de cada individuo en cada momento son en cierto modo únicos, los patrones que forman son también únicos y propios de cada individuo. Esos patrones únicos de conectividad en cada cerebro dan luz a su mente única. Freeman comenta al respecto que «la dinámica que aísla el significado en cada cerebro con respecto a los demás, dotando a cada persona de la máxima intimidad, y también de soledad [...], genera el reto de crear compañía por medio de la comunicación» (Freeman 1999: 12). Los patrones globales de conciencia que se forman en cada hemisferio, que surgen de la integración de subsistemas componentes y son percibidos como secuencias, pueden ser una forma de describir la consciencia. Toda teoría sobre la conciencia ha de ir más allá del cerebro e incluir el cuerpo, y más allá de una explicación puramente neutral e incluir los efectos de las interacciones con el entorno. Sólo así puede comprenderse enteramente la conciencia de uno mismo (Horgan 1999: 299). El artículo de Horgan (1999) ofrece un excelente resumen de las distintas posturas adoptadas en el mundo científico con respecto al fastidioso rompecabezas de la consciencia.

El reflejo del otro

Una cantidad considerable de investigación, tanto en personas como en animales, ha llevado a la conclusión de que gran parte del desarrollo humano tiene lugar por medio de un proceso de reflejo. La expresión «mono ve, mono hace» (*monkey see, monkey do*, en inglés) se ha convertido en la descripción de un proceso por el que se observa una actividad encefálica similar en el cerebro de un mono que realiza una acción motora — como, por ejemplo, coger un plátano y comérselo — y en el cerebro de un mono que observa la acción. Estas conclusiones salieron de las investigaciones de Gallese, Fadiga, Fogassi y Rizzolatti (2002), y Rizzolatti, Fadiga, Fogassi y Gallese (1999). Decety y Chaminade (2003) señalan que se han utilizado las técnicas de estimulación magnética transcraneal (EMT) y EEG para demostrar efectos similares en humanos. Sacan en conclusión que «la observación de la acción involucra regiones neuronales similares a las involucradas durante la producción real de la acción», y pasan a establecer las bases de una empatía neuronal argumentando que «la percepción de las emociones activa los mecanismos neuronales responsables de la generación de emociones» (Decety y Chaminade 2003: 583-4). Concluyen que entender que otros son como nosotros, a nivel psicológico, es algo que aparece a medida que uno va representando las actividades y procesos mentales de los demás generando actividades y procesos similares en uno mismo (Decety y Chaminade 2003: 582). Lo más llamativo de esto, para los terapeutas y los analistas, es que proporciona una base neurocientífica al proceso de transferencia/contratransferencia y establece un vínculo indisoluble entre esos procesos y el desarrollo más temprano de la mente.

Áreas de asociación

Ciertas áreas del cerebro tienen funciones que son clave en la coordinación de información y de la respuesta a esa información. La amígdala evalúa el peligro exterior e inicia la necesaria respuesta del cuerpo, pasando además la información más importante a

las áreas corticales superiores del cerebro. El cíngulo anterior reúne la información sensorial, autónoma y emocional y la pasa al área orbital de la corteza prefrontal, que organiza la experiencia emocional y la regulación afectiva. Los lóbulos temporales reúnen también información de los sentidos y la integran a la información emocional y corporal recibida de la amígdala, especialmente la relacionada con el miedo (Cozolino 2002). Cada vez se reconoce más el papel determinante de la corteza prefrontal en la autoconsciencia, la propiedad de uno mismo (autopropiedad o soberanía individual), la autoagencia o autonomía, y las representaciones sí-mismo-otro. La reentrada es una característica destacada del cerebro humano. Edelman y Tononi la definen como «intercambio continuo y recursivo de señales paralelas entre áreas del cerebro recíprocamente conectadas» (Edelman y Tononi 2000: 48). Es el proceso por el cual se comparte información entre distintas áreas del cerebro y que hace posible la sincronización y la coordinación de las actividades recíprocas de distintas áreas.

Plasticidad y conectividad

La plasticidad posibilita el cambio y el aprendizaje que tienen lugar en el análisis. Aunque la plasticidad del cerebro permite que este aprendizaje continúe durante todo el ciclo de la vida, la formación de nuevas vías neurales en la vida adulta es incierta. No obstante, la formación de nuevas vías neurales es común y corriente, ya que las sinapsis cambian cada vez que registramos una experiencia. Canli (2004: 1118) cita varios estudios que demuestran que «la conectividad entre las distintas regiones del cerebro puede variar en función de la atención». Aquí es donde el toma y daca, a veces muy intenso, entre el analista y el paciente se vuelve determinante. También pone el énfasis en el concepto relacionado de «conectividad neuronal [que consiste en que] el papel que tiene una región en la representación neuronal de una función psicológica depende de la actividad que haya al mismo tiempo en otras regiones» (Canli 2004: 1119). Se encienden más centros encefálicos como respuesta a una metáfora que en cualquier otra forma de comunicación humana, indicando con ello la formación de nuevas vías neurales (Levin 1997 y Modell 1997, citados en Pally 2000: 132). Lakoff y Johnson (1999) sostienen que es de la experiencia corporal temprana, especialmente la del movimiento, de donde surge la metáfora. Definen como metáfora primaria aquella que surge de la experiencia corporal en la primera infancia y metáfora secundaria aquella que se forma a partir de la metáfora primaria o a partir del saber popular o de creencias culturales ampliamente arraigadas. Ekstrom menciona que «afecto es calor» como ejemplo de una metáfora primaria que surge de la experiencia primaria de «sentir calor cuando se es tenido en brazos con afecto» (Ekstrom 2004: 667). La importancia de trabajar con las metáforas como forma de utilizar la plasticidad del cerebro respalda el enfoque clínico defendido en este libro. Será patente en la transferencia, en los sueños y en el reflejo que se da al comienzo de la díada en la experiencia de la díada analítica según vayan trabajando juntos. Las nuevas conexiones neuronales no se crean como entidades completamente nuevas, sino que se añaden a conexiones preexistentes. El trabajo analítico va construyendo concienzudamente sobre la experiencia de una sesión a la siguiente, justo

así. La breve sentencia de que «las células que se activan juntas quedan juntas estableciendo su red de conexiones» (*Cells that fire together wire together*, en inglés) se usa frecuentemente para describir este proceso. Mark Solms, en debate con Susan Greenfield (en el Instituto de Psicoanálisis, Londres, octubre de 2002), sugirió que la diferencia entre consciente e inconsciente podría indicar el grado de conectividad creado.

Conexiones cerebro-cuerpo

La liberación de hormonas y la reacción de los músculos esqueléticos significan que la actividad encefálica engendra cambios corporales en lo que verdaderamente puede considerarse el ser mente-cerebro-cuerpo. «El cuerpo es el teatro (McDougall 1989), el cuerpo habla (Sidoli 2000), el cuerpo recuerda (Rothschild 2000) y el cuerpo lleva la cuenta (Van der Kolk 1996)» (ver Wilkinson 2003: 242). La respuesta de reflejo es un aspecto importante de la conexión cerebro-cuerpo. Buccino *et al.* (2001, citado en Decety y Chaminade 2003) han mostrado que observar la acción de otra persona (el principio «mono ve, mono hace» en pleno funcionamiento, es decir, el reflejo de las vías neurales que van asociadas a una acción motora concreta descrita antes) activa la corteza premotora de una forma somatotópica, por ejemplo, observar acciones en las que interviene la mano, la boca o el pie activan sus respectivas representaciones en el cerebro del observador, y entonces esa experiencia «corporal» empática, imitativa, imaginaria se vuelve «cognoscible» en la mente. Heilman *et al.* (1998, citados en Decety y Chaminade 2003), en su estudio de la conexión cerebro-cuerpo, sugieren que la representación del cuerpo en el cerebro-mente se pone al día continuamente gracias a la retroalimentación en ambas direcciones.

La experiencia nos viene inevitablemente a través de nuestros sentidos. Los sentimientos están enraizados en la experiencia corporal de las emociones o los afectos. Hablamos de «ponerse rojo de ira» (aumento del aporte de sangre como resultado de la respuesta de lucha del sistema nervioso simpático), para luego decir «Me quedé helado de miedo, el sonido me congeló el corazón» (arranque del sistema nervioso parasimpático de respuesta, que pone en movimiento el estado de parada o suspensión que se pone en funcionamiento cuando uno se da cuenta de una experiencia que le desborda a uno). Estos sistemas son abordados con más detalle en el capítulo 5. Al sentir tristeza, podríamos describirla diciendo que «mis ojos se llenaron de lágrimas», y lo contrario podría describirse con que «se me inundó de alegría el corazón». Ante un trauma, la parada hipocampal podría querer decir que el cuerpo es el único lugar en el que se «recuerda» el origen de la experiencia traumática (Van der Kolk 1996; Rothschild 2000). Es el cuerpo el que va a enseñar al terapeuta observador cómo trabajar con los traumas.

En el consultorio

Uno se imagina que en el consultorio, al repasar las experiencias que crearon el apego en el primer año de vida, pueden crearse nuevas vías neurales y patrones de conectividad en el hemisferio derecho. La comunicación existente entre los hemisferios significa que la experiencia puede expresarse luego con palabras y procesarse en el izquierdo. Solomon ha descrito este tipo de proceso como «conversación visual que lleva a que “yo” converse»⁴ (H. M. Solomon, comunicación inédita, 1999). La integración izquierdo-derecho permite al paciente expresar sus sentimientos mediante palabras, pensar sobre los sentimientos, percibir y nombrar sentimientos en la mente en lugar de vivirlos en el cuerpo. Los estudios sugieren que «restaurar la integración neuronal requiere una nueva regulación simultánea de las redes en los planos tanto verticales como horizontales» (Cozolino 2002: 30). Por ejemplo, igual que en el material aportado de Harriet (ver el capítulo 4), Xanthe y Susan (capítulo 8) y Mark (capítulo 9), un sueño, una experiencia vívida, visual, emocional, de cerebro derecho, pasa a disposición del hemisferio izquierdo, dominante en el lenguaje, mediante el proceso analítico, que a su vez es posible gracias a ese contenido. La experiencia interactiva en el seno de la diada analítica es lo que permite el desarrollo de la capacidad reguladora y la función reflexiva.

Al contrario, hay que tener mucho cuidado de evitar cualquier situación en la que el paciente pueda buscar inconscientemente una retraumatización en el consultorio a fin de experimentar un «subidón» de endorfinas al que se haya acostumbrado ya en las experiencias más tempranas y repetitivas del trauma. Scaer (2001a) señala que «los niños víctimas de abusos de su cuidador experimentan un aumento de los niveles de endorfinas como parte de la respuesta de traumatización y parálisis» y que esos niños «también van a verse recompensados por la presencia de un aumento de los niveles de endorfinas asociada a la vuelta al apego y la vinculación afectiva con el autor de los abusos» (Scaer 2001a: 88). Scaer también pone de relieve el patrón similar que se da en los casos de abuso de la mujer en la pareja.

Los pacientes que han experimentado esos patrones de recompensa opiácea/sedante se van a presentar en el consultorio buscando también inconscientemente la recompensa endorfinérgica. Así pues, es posible que busquen continuamente volver a sufrir el trauma en lo que puede considerarse un estado adictivo de la mente. Este tipo de patrón puede darse también cuando un paciente se apega a un terapeuta que trabaja inconscientemente de forma abusiva o al que se percibe de esa forma en la transferencia. En cada una de estas situaciones el paciente busca inconscientemente los efectos endorfinérgicos, con la consiguiente recompensa opiácea/sedante de la situación de abuso. Volver a experimentar o recrear el trauma de esta forma en el consultorio resultaría más adictivo que terapéutico. Por ello, el terapeuta tiene que sopesar con mucho cuidado si es apropiado o no el volver a experimentar o recrear el trauma cuando se dé en el consultorio. En el capítulo 5 se aborda este tema y se ilustra con ejemplos clínicos.

Resumen

El ser mente-cerebro-cuerpo que es el ser humano se forma y desarrolla por asociación. Tanto cuando está sano como cuando sufre traumas, el cerebro y el cuerpo están íntimamente e inevitablemente implicados en la construcción de lo que se acaba representado en la mente. La respuesta disociadora a los traumas puede significar la ruptura de esas conexiones, a fin de evitar el dolor/sufrimiento psíquico. Así pues, la mente, que es fundamentalmente asociativa, se vuelve disociativa como medida de defensa, dejando que el trauma se exprese a medida que se va viviendo, es decir, en el cuerpo. Las hormonas del estrés afectan a todo el cuerpo, de modo que los cambios en el cerebro generan cambios en el cuerpo. Los niveles de cortisol aumentan en un primer momento y esto es especialmente dañino para aquellos niños que sufren un estrés prolongado. «Niveles inusualmente altos de cortisol procedente de un estrés continuado frenan el crecimiento físico, retrasan la madurez sexual y pueden frenar el crecimiento de las células encefálicas» (M. Davies 2002: 428). Sin embargo, los efectos a largo plazo de los traumas producen niveles reducidos de cortisol, con efectos adversos a la vez en el sistema inmunitario (Yehuda 1998: 97). Hacer frente al nivel de ansiedad en el cuerpo, es decir, mantener un estado disociador para evitar el sufrimiento psíquico insoportable que traería una forma de ser más asociada, consume mucha energía, con consecuencias psicológicas y biológicas importantes para la persona en cuestión (Rosen y Schulkin 1998). El aumento de los niveles de energía y creatividad puede ser espectacular en pacientes cuyos análisis abordan satisfactoriamente la ansiedad relacionada con traumas. Una buena terapia requiere un conocimiento profundo de la mente, el cerebro y el cuerpo. Ahora que tenemos a nuestra disposición esta información y estos conocimientos, no podemos contentarnos con menos.

Notas al pie

3. N. del T.: *Brain* equivale a «encéfalo» y *cerebrum* a «cerebro», que es una de las tres partes del encéfalo (cerebro, tronco cerebral —compuesto a su vez por el mesencéfalo, la protuberancia anular y el bulbo raquídeo— y cerebelo), que es el «conjunto de órganos que forman parte del sistema nervioso de los vertebrados y están contenidos en la cavidad interna del cráneo» (DRAE). No obstante, en inglés también se emplea el término «cerebro» para aludir al centro del pensamiento y de la razón, o cuando, en un sentido más laxo, se habla de sus funciones más en abstracto y por ello se habla de «cerebro derecho», «cerebro izquierdo», aunque a veces debería utilizarse la palabra «encéfalo», pero el uso de «cerebro» en español y en muchas traducciones ya está extendido. Este capítulo está no obstante dedicado en especial al encéfalo, sus partes y su funcionamiento.

4. N. del T.: *Eye-talk that leads to «I» talk* es el juego de palabras en el original inglés.

CAPÍTULO 3

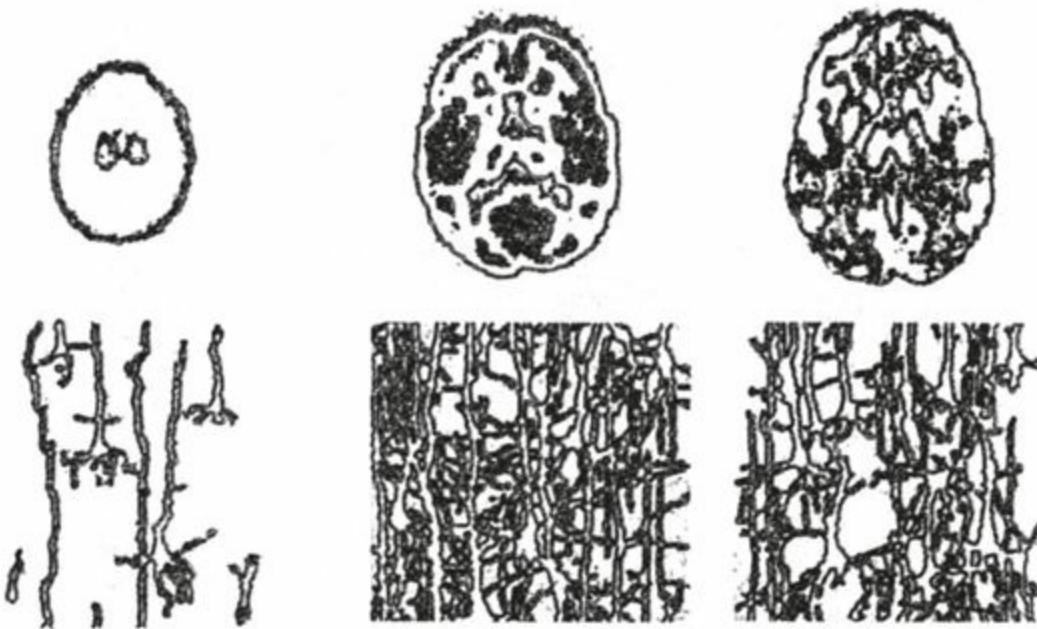
EL DESARROLLO TEMPRANO DEL CEREBRO-MENTE

Se puede ver de verdad cómo surge la existencia de la mente consciente.

(Jung 1954d: párr. 103)

La mente temprana: asociativa, relacional e implícita

El hilo que recorre este libro es el de la vuelta a la mente como logro de desarrollo que en circunstancias suficientemente favorables aparece poco a poco de forma asociativa en relación con el cuidador primario. Como el cerebro derecho se forma temprano, es una pieza clave en lograr un buen desarrollo temprano, almacenando modelos internos tempranos de ser y de relacionarse en la memoria emocional, implícita y amigdalina. La escasez de conexiones en el cerebro del bebé (ver la ilustración 3.1) significa que el niño es muy parecido a un libro a la espera de ser escrito. El contenido está ya determinado hasta cierto punto, pero se desconocen todavía la forma y la intensidad de expresión que acabarán emergiendo. El cerebro y la mente del individuo van a depender enormemente de las experiencias de cuidados y crianza con la madre, el padre y los allegados.



Las conexiones entre las neuronas son escasas al nacer (izquierda), pero se van creando nuevas conexiones a un ritmo espectacular y a la edad de 6 años (centro) ya han llegado a su máxima densidad. A partir de ese momento vuelven a disminuir al desaparecer las conexiones no deseadas (derecha). Los adultos pueden aumentar el número de conexiones neuronales durante toda la vida aprendiendo cosas nuevas, pero si no se usa el cerebro las conexiones siguen disminuyendo.

Ilustración 3.1. La formación de conexiones neuronales en el cerebro en desarrollo

Fuente: Carter (2000: 18)

¿Pero es algo innato (por nuestros genes) o adquirido (por el estímulo del entorno) o de ambos?⁵

La psique del niño en su estado preconsciente no es ninguna tabla rasa. Ya está preformada de una forma individual reconocible y está además equipada con todos los instintos específicamente humanos, así como con las bases *a priori* de las funciones cerebrales superiores. El ego surge de esta complicada base.

(Jung 1962: 381-2)

Con estas palabras, Jung se adelantó a los neurólogos, como Damasio, que dice lo siguiente:

El cerebro no empieza sus días como tabla rasa. Al comienzo de la vida, el cerebro está imbuido de información sobre cómo debe gestionarse el organismo [...]. El cerebro aporta un conocimiento innato y un saber automatizado, predeterminando muchas ideas del cuerpo.

(Damasio 2004: 205)

¿Pero qué es lo que es innato? Decety y Chaminade (2003), en un artículo revolucionario, dejan claro, de una vez por todas, que la investigación actual ha apartado la vieja idea de los «bebés como aislados sociales, privados de cualquier vínculo intersubjetivo entre el sí-mismo y el otro, o en un estado en el que confunden el sí-mismo con el otro» (Decety y Chaminade 2003: 577). Reúnen una cantidad considerable de pruebas científicas, parte de ellas procedente de estudios de neuroimagen recientes, para demostrar que los recién nacidos pueden distinguir entre su propio tacto y el tacto de otro (Rochat y Hespos 1997), que los neonatos imitan los gestos del rostro de otras personas y que pueden hacerlo ya antes de llegar a la primera hora de vida (Meltzoff y Moore 1995), y que comprender a otra persona es al principio una forma de experiencia personificada (Gallagher y Meltzoff 1996). A los 15 meses los niños imitan las cosas que pueden entender (Mandler and McDonough 2000). Los niños muy pequeños pueden distinguir entre humanos y no humanos y atribuyen estados mentales preferentemente a los humanos (Johnson 2000). A los 18 meses de edad, los niños imitan ya acciones de humanos, pero no de objetos (Legerstee 1991; Meltzoff 1995). Decety y Chaminade (2003) mencionan una cantidad considerable de pruebas científicas, de las que he intentado ofrecer aunque fuese una muestra, que les llevan concluir que «estos estudios demuestran que los bebés están motivados por la interacción social y sugieren que el desarrollo de la conciencia de otras mentes tiene su raíz en la idea implícita de que los otros son como el sí-mismo» (Decety y Chaminade 2003: 580). Concluyen que hay suficientes pruebas de que la imitación recíproca tiene un papel determinante en el desarrollo temprano del sí-mismo implícito (Rochat 1999, citado en Decety y Chaminade

2003). Como el sí-mismo es fundamentalmente asociativo y su formación está basada en la identificación psicológica, mecanismos como la transferencia y la contratransferencia están enraizados en la experiencia más temprana de la mente. Reflejan procesos que son tempranos, implícitos y emocionales. El poder emocional de estos procesos puede coger por sorpresa a algunos, pero ¿de qué otra forma podría ser, teniendo en cuenta su raíz en la experiencia temprana de cerebro derecho, especialmente cuando esa experiencia ha sido traumática?

Aunque el cerebro es innato y está distribuido de esa manera desde el comienzo, la formación de la mente depende mucho, pues, de la experiencia de cada individuo al relacionarse con los demás, y el desarrollo inicial de la mente surge de las interacciones íntimas con la madre y también con el padre. Así pues, hay que reconocer el papel de los genes, pero también entender sus limitaciones. Canli (2004: 1121, citando a Hamer 2002), apunta que la explicación genética de la conducta humana es «una simplificación excesiva si se basa en una relación lineal directa entre los genes y la conducta [...]. En lugar de ello [...], hay que incorporar el cerebro, el entorno y las redes de expresión genética en futuros modelos». Caspi *et al.* (2003) subrayan la importancia de la interacción de los genes y el entorno a la hora de modelar la respuesta humana. LeDoux (2002) insiste en que los genes sólo dan forma a las líneas generales de las funciones mentales y conductuales, que la herencia puede condicionarnos en determinadas direcciones, pero que hay muchos factores del entorno, especialmente el cuidador primario, que afectan a la forma en que se expresan nuestros genes. Su conclusión es que la naturaleza y la crianza son simplemente diferentes formas de crear conexiones sinápticas en el cerebro (LeDoux 2002). Los junguianos, como Knox, que escriben desde un punto de vista interaccionista, desarrollista, ya han empezado a explorar el significado y la trascendencia de esto para nuestra comprensión de la teoría arquetípica (Knox 2003).

El desarrollo relacional de la mente

Desde el principio, por tanto, el desarrollo de la mente depende de la experiencia de relacionarse con los demás, y el desarrollo inicial de la mente surge de las interacciones íntimas con la madre y también con el padre. Knox comenta que «la mente y el significado emergen de los procesos de desarrollo y de la experiencia de las relaciones interpersonales, más que existir *a priori*» (Knox 2004: 16). Las primeras experiencias de estados emocionales surgen de experiencias corporales en relación con el cuidador primario. Panksepp, Schore y muchos otros insisten en una forma de entender el desarrollo del sí-mismo dependiente de la experiencia desde un sí-mismo nuclear interior. Recalcan la naturaleza relacional, intersubjetiva, del desarrollo del sí-mismo individual. Así pues, podemos hacernos una idea del individuo como un ser mente-cerebro-cuerpo que ha surgido de la experiencia de las experiencias más tempranas y más fundamentales de relacionarse. Tanto la naturaleza como la crianza han tenido su papel en el crecimiento y la formación de las conexiones neuronales que acaban conformando la mente individual. Siegel opina al respecto lo siguiente: «Las relaciones pueden no sólo estar codificadas en la memoria, sino que también pueden modelar los propios circuitos que permiten que se procese la memoria y que se consiga la autorregulación» (Siegel 2003: 14).

Una visión junguiana del desarrollo

Jung hizo hincapié en los profundos efectos de las primeras experiencias de la vida. Fordham (1976), basándose en el trabajo de Stein (1967), pensaba que «el sí-mismo tiene sistemas de defensa diseñados para preservar la identidad individual y establecer y mantener la diferencia entre el sí-mismo y el no-sí-mismo» (Fordham 1976: 90). Fordham describió los procesos sanos de desintegración e integración mediante los cuales empieza a desarrollar el bebé un sentido de sí-mismo en el mundo, cosa que hemos visto ejemplificada en Jacques. Astor (1998) observa lo siguiente: «En este proceso era importante la capacidad de la madre de recibir y dar sentido a la comunicación del bebé de forma que el bebé percibiese por la atención de su madre [...] que [...] se le podía entender a él» (Astor 1998: 12). Fordham insistía en que, cuando el sí-mismo del bebé se ve amenazado por experiencias abrumadoras que no es capaz de procesar, se produce la amenaza de desintegración y el sí-mismo del bebé se protege mediante una retirada del mundo hacia un estado autista (Fordham 1976: 88-93). Solomon (1998) subrayaba lo siguiente:

Cuando un trauma temprano ha enseñado a un sí-mismo joven que buscar experiencias que podrían llevar al crecimiento y a la relación con otro es [...] peligroso desde el punto de vista psicológico, dejando al sí-mismo abierto a posibles daños y explotación, el sí-mismo no tiene otro recurso que retraerse hacia sí mismo.

(Solomon 1998: 236)

Fordham sostenía que «si se somete a un bebé a estímulos perjudiciales de naturaleza patógena [...] puede empezar a tener lugar una reacción exagerada del sistema de defensa» (Fordham 1976: 91). Ahora entiendo ese tipo de proceso como la formación defensiva de vías neurales para proteger el sí-mismo, que es en esencia asociativo y relacional, pero que es llevado a una forma de ser protectora por la experiencia adversa del entorno, generalmente en la relación con el cuidador principal.

Ellen

Ellen es una niña de 7 años a la que sus padres habían maltratado violentamente. Se la acababa de trasladar a un hogar de acogida y había empezado psicoterapia con un psicoterapeuta infantil dos veces a la semana. En la terapia utilizó un juego de metáforas para explorar su sufrimiento. En una de las primeras sesiones acorraló a los animales salvajes de juguete en un «redil-prisión desagradable». Explicó que estaban ansiosos de saltar y liberarse para llegar a una casa muy bonita que estaba bastante cerca, pero no podían saltar. En lugar de eso, reptaron con mucho sigilo y cautela por el borde de la habitación, pegados al rodapié. Mientras jugaba, la niña machacaba al terapeuta hablando sin parar para evitar cualquier posibilidad de que le llegase algún comentario penetrante. Al terapeuta se le estaba haciendo totalmente insoportable. Consiguió interpretar parte de su contratransferencia, hablando primero del apuro que estaban pasando los animales y de cómo podría estar sintiéndose la niña. Hubo un cambio interno de un sentimiento de completa impotencia al uso de una defensa de poder ilimitado. Las palabras prudentes habían provocado un cambio y la niña usó lo que ella llamó «magia» para permitir con su poder omnipotente a los últimos animales que saltaran y fuesen libremente a un lugar seguro (C. V. Hart, comunicación inédita, 2002).

El desarrollo temprano

El cerebro inmaduro al nacer tiene conexiones inmaduras, no dedicadas, construidas principalmente desde el interior. Los sentidos de un bebé recién nacido se ven inundados por la gran cantidad de vistas, sonidos, olores, sabores y texturas del mundo exterior, así como por todas las sensaciones y sentimientos que surgen de su interior. Como el cerebro del bebé responde generando más conexiones neuronales de las que al final se van a necesitar, tiene lugar una reducción neuronal según van muriendo las células que no aportan nada, ejemplo del principio de «usar o perder» (*use it or lose it principle*, en inglés) en funcionamiento. Schore informa de que el estudio de bebés con resonancia magnética demuestra que el volumen del cerebro aumenta rápidamente en los dos primeros años de vida, que los bebés menores de dos años de edad muestran un volumen mayor del hemisferio derecho que del izquierdo, que su aspecto adulto normal puede verse a los dos años y que todos los tractos fibrosos más importantes pueden verse ya a los tres años de edad (Schore 2003a: 237).

El apego temprano

En circunstancias «suficientemente buenas» en la infancia se crea el apego seguro durante el primer año de vida mediante las sonrisas, los intercambios vocales y el tener al bebé en brazos en los primeros meses de vida, y lo que Schore define como intercambios afectivos positivos multimodales de alta intensidad de los segundos seis meses de vida, por medio de los cuales la madre modela el sistema nervioso del bebé después de su nacimiento. Schore explica que esta forma tan rápida de aprendizaje «deja una impronta irreversible de la experiencia más temprana en el sistema nervioso y sirve de vehículo de la formación del vínculo de apego» (Schore 2003a: 277). Así pues, la mente se forma por la interacción sana con otra mente, la del cuidador primario.

Patrones de la mente

Schore habla del rostro de la madre como «el estímulo visual más potente del mundo del niño» (Schore 2002: 18). Gerhardt describe los efectos de la sonrisa de la madre en el sistema en desarrollo del bebé:

Su propio sistema nervioso se activa placenteramente y su frecuencia cardíaca aumenta. Estos procesos activan una respuesta bioquímica []. Se libera en la circulación, concretamente en la región orbitofrontal del cerebro, un neuropéptido placentero llamado beta-endorfina.

(Gerhardt 2004: 41)

Hemos analizado algo de esto en los fragmentos de la primera experiencia de Jacques que describimos en el capítulo 1. A medida que el bebé va experimentando intercambios empáticos cálidos de manera regular con la madre, empiezan a formarse con el tiempo patrones de expectativas en el cerebro del bebé, estar en brazos de la madre aporta una sensación de calidez y el comienzo de una conciencia de buenos sentimientos surge del contacto íntimo entre ambos. Estos patrones que se forman en el cerebro-mente del bebé, almacenados en la memoria implícita o emocional y que afectan a la forma en que el bebé empieza a generar expectativas sobre cómo van a ser los encuentros con otras personas, han recibido distintas definiciones. Gerhardt las resume así:

Daniel Stern (1985) los llama representaciones de interacción generalizadas (RIGS, por sus siglas en inglés). John Bowlby los denomina «modelos de funcionamiento interno» (1969). Wilma Bucci los llama «esquemas emocionales» (1997). Robert Clyman los designa como «memoria procedimental» (1991).

(Gerhardt 2004: 24)

Se han estudiado las interacciones que tienen lugar entre las madres y los bebés y se han encontrado varios tipos básicos de apego. Estos patrones de apego se hacen duraderos y son reconocibles en los pacientes adultos en la consulta. Por medio de la experiencia de transferencia/contratransferencia, el terapeuta puede llegar a tomar conciencia de la naturaleza/origen del modelo de apego más temprano del paciente. Comprender ese modelo va a ser determinante para que pueda haber un trabajo eficaz a nivel relacional.

Los modelos de apego

En circunstancias suficientemente favorables, la díada madre-bebé es capaz de crear una forma de estar juntos cálida, empática, lo cual da como resultado un apego seguro, un apego en el que el niño que va creciendo va a abrirse con confianza al mundo. Sin embargo, tristemente, en circunstancias menos propicias, un bebé puede ver alarma, miedo o pánico en el rostro de la madre, y el rostro y los sentimientos del bebé van a reflejar los de la madre. Schore explica que en los intercambios que se dan en esas díadas madre-bebé, el bebé refleja «las estructuras rítmicas de los estados desregulados de la madre, y [] esta sincronización queda registrada por los patrones de encendido de las regiones córtico-límbicas sensibles al estrés del cerebro del bebé, que están en un período crítico de crecimiento» (Schore 2003a: 251).

Schore señala que la imagen del rostro de la madre estimula directamente las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas, que se cree que están asociadas a la anticipación, en este caso del pánico, de la corteza orbitofrontal del cerebro del bebé.

En circunstancias suficientemente favorables, cuando el bebé tiene hambre, se ha mojado, está triste o incómodo, la madre le atiende y se ocupa del estado de activación fisiológica que produce esto, y el bebé vuelve al estado de reposo. Cuando la madre está deprimida o encerrada en sí misma puede no reaccionar, y entonces se intensifica el estado de angustia del bebé. Cuando la madre reacciona pero con miedo, ira o de manera irregular, impredecible o que puede asustar, entonces el bebé va a verse afectado en todo su ser cerebro-cuerpo. Al crecer, los bebés pueden generar tres posibles tipos de respuesta. Si pudiesen hablar de cómo se sienten, esto es lo que podrían desear decir desde lo más profundo de sí mismos:

- El evitador: «Tengo que evitar la ira de mamá evitando reconocer mis propios sentimientos, que me son difíciles, ahogándolos, apagándolos».
- El ambivalente: «A veces mamá está bien, a veces no, así que tengo que estar atento y modificar mi estado de ánimo y mis sentimientos según los de ella» (algunos de estos niños acaban distanciándose y evitando a los demás, algunos se vuelven ansiosos y dependientes cuando intentan resolver su dilema).
- El desorganizado: «Mamá es tan impredecible que no sé qué es mejor hacer. Siempre tengo miedo».

El último grupo es el que me parece más difícil de manejar cuando buscan crecer y relacionarse con los demás en ese mundo suyo que se va ampliando. Para Holmes, «en poblaciones normales la quinta parte de los niños es evitadora, la sexta parte ambivalente, y uno de cada veinte es desorganizado» en su estilo de apego (Holmes 1996: 7-8).

Modelos de apego traumáticos

Schore (2002) hace hincapié en que según se va mielinizando el sistema límbico en los primeros 18 meses de vida en un momento en que el hemisferio derecho está en un acelerón de crecimiento, y antes de que el hemisferio izquierdo haya entrado en juego, las experiencias de apego afectan inevitablemente a las áreas límbica y cortical del hemisferio derecho en desarrollo. Nos recuerda que cuando se ha vivido un trauma (con las reacciones asociadas de lucha, huida y parálisis) en el contexto de las relaciones de apego más tempranas, queda entonces grabado a fuego en los sistemas límbico y autónomo en desarrollo del cerebro derecho —que madura temprano—, [se convierte en] parte de la memoria implícita y [lleva a] cambios estructurales que producen mecanismos de afrontamiento del estrés ineficaces» (Schore 2002: 9).

Un bebé al que se le deja alcanzar un estado de angustia frenético va a desconectarse, apagarse y quedarse mirando al espacio con una mirada vidriosa si ese trastorno queda sin resolver. Schore (2005) insinúa que si el bebé sufre continuamente estados de miedo-terror o agresión insoportables procedentes del rostro de la madre, entonces la disociación va a convertirse en el proceso de regulación primario al que va a recurrir el resto de su vida. Su conclusión es que los traumas relacionados con el apego «provocan una disfunción duradera de [...] la estructura central primordial integradora del sí-mismo naciente» (Schore 2005a: capítulo 9). Chefetz comenta que la disociación tiene como meta proteger al sí-mismo, y sin embargo, en su intento de triunfar sobre el sí-mismo, lo que hace en realidad es dañar al sí-mismo y provocar cambios perdurables en la subjetividad (Chefetz 2005).

La psicoterapia de padres y bebés

La psicoterapia de padres y bebés, campo relativamente reciente, surgido de una combinación de pensamiento analítico, observación de bebés e investigación sobre infancia, teoría de traumas y neurociencia de la afectividad, es quizá la más importante y la que más esperanzas da de todas las empresas en el campo de la psicoterapia dinámica.

Judith Woodhead, analista junguiana, trabaja como miembro del equipo que ha creado el Proyecto Padres y Bebés en el Centro Anna Freud de Londres. Me gustaría hablar un poco del trabajo que hubo entre ella y una díada madre-bebé, Anna y Nadia, contado por ella en un artículo muy sensible y fascinante (Woodhead 2004), como forma de elucidar el apoyo que proporciona la neurociencia a la comprensión de este trabajo tan delicado y decisivo. Woodhead deja claro que Anna y Nadia, de 4 meses, necesitaban apoyo para adquirir juntas experiencia afectiva de modo que Nadia pudiese verse de forma agradable y llena de ilusión en la mente de su madre. Al comentar la primera sesión, Woodhead relata cómo se sentó al bebé solo en una silla de coche situada a la espalda la madre, y luego cuenta cómo el bebé y la terapeuta sienten el peso del sufrimiento de Anna, del afecto traumático, mientras ambas

oyen la cascada de palabras de la madre, contando su huida de la guerra, las horribles experiencias [] de enfermar después del nacimiento de su hija, los ingresos de urgencia en el hospital y las separaciones de su bebé durante el primer mes de vida del bebé.

(Woodhead 2004: 147)

Recurriendo a ideas procedentes de la neurociencia de la afectividad, Woodhead entiende que «las experiencias de apego están codificadas y almacenadas separadas de los recuerdos autobiográficos» (Woodhead 2004: 145) en el sistema de memoria implícita (emocional), que por ello tiene que haber un cambio en la díada madre-bebé en el área del «saber relacional implícito» y que la presencia de la terapeuta, trabajando con sensibilidad, empatía y de forma relacional puede ayudar a llevarlo a cabo (Woodhead 2004: 145). Reconoce la urgencia de la intervención porque lo que sabe por todo el conocimiento científico que le ha aportado la «década del cerebro, [que indica] que las experiencias traumáticas pueden afectar al tamaño de las regiones del cerebro del bebé y a su capacidad de regular las emociones» (Woodhead 2004: 146). Es capaz de describir con todo detalle los pasos por los cuales Anna, sintiendo que empieza a satisfacer sus propias necesidades de apoyo y ayudada por una interiorización de la actitud «de madre» modelada por la terapeuta, consigue la disposición para intuir las necesidades de su bebé con mayor precisión, empezar a seguir las indicaciones del bebé y satisfacer sus necesidades con mayor empatía, permitiendo así al bebé sentir el tipo de apoyo «que permite que el bebé consiga un nivel de organización encefálica más complejo» (Tronick 1998: 295, citado en Woodhead 2004: 146). Dejemos que sea este trío el que tenga la última palabra sobre el tema, con material tomado de la parte final de esa primera sesión

juntas:

La madre la sigue atentamente, sincronizada con su movimiento, no como al principio de la sesión. La una acaricia con los labios los labios de la otra. El bebé coge un mechón del pelo de su madre y lo toquetea []. La madre, mirándola directamente a la cara y con el rostro relajado, le dice: «¡Uyyyyyy! ¡Qué niña más bonita!». [Woodhead comenta que] Anna se vio liberada para sentir [] que tenía una preciosa hija a la que podía querer, mientras en ese momento Nadia podía sentirse, como personita preciosa y maravillosa, en la mente de su madre.

(Woodhead 2004: 155)

Socialización

Las experiencias de socialización en el segundo año de vida tienen un papel decisivo en la maduración de las regiones orbitofrontales que tiene lugar en ese segundo año. A los 12 meses, la madre empieza a inhibir al hijo introduciendo la palabra «no». Schore (1994) señala que a los 18 meses es cuando ha entrado en juego el sistema nervioso parasimpático, permitiendo la disminución de la activación fisiológica y de la excitación que lleva a la socialización. Esto se consigue mediante «la transformación (recableado) estructural de la corteza orbitofrontal, transformación que depende de la experiencia inducida por el estrés de socialización (Schore 1994: 343). Esto es lo que permite la formación del «mecanismo de freno de la vergüenza» (Schore 1994: 343).

Así como las experiencias más tempranas se construyen a partir de experiencias de «reflejo» con el cuidador primario, las experiencias más tempranas de formar parte de un grupo, ya sea la familia extensa, la guardería o los amigos de la misma edad también pueden implicar experiencias de «reflejo». Decety y Chaminade (2003) comentan al respecto que «se han encontrado representaciones compartidas a nivel cortical en la acción, en el procesamiento del dolor/sufrimiento y en el reconocimiento de emociones, lo cual nos proporcionaría una fundamentación neurofisiológica del funcionamiento de la cognición social» (Decety y Chaminade 2003: 584). Añaden además que las representaciones compartidas pueden ser comunes a individuos dentro de un grupo cultural y que su vehículo podrían ser vías neurales similares en sus respectivos cerebros. Parece que aquí cabe el sustrato neuronal de las ideas de Jung del inconsciente colectivo y de las imágenes «arquetípicas» compartidas que surgen de él.

Buscando al padre

En esta época aproximadamente es cuando el bebé crea un nuevo apego, el apego al padre, que sirve cada vez más como puente con el mundo exterior. Schore señala que un apego suficientemente bueno entre el padre y el hijo funciona como «regulador interactivo del miedo y de la agresión, proporcionando así un entorno que facilita el crecimiento» (Schore 2003a: 287), entorno en el que pueda madurar el sistema regulador. Una ausencia o negligencia del padre en esta fase puede conducir a una «sed de padre (Abelin 1971) [o] hambre de padre (Herzog 1980)» (Schore 2003a: 287), y puede llevar a experiencias en las que sea difícil para el niño separarse de la madre, al faltar una experiencia edípica que permita la comprensión simbólica necesaria para este próximo paso de su desarrollo (Wilkinson 2001; Woodhead 2004). Modell (1999) señala las consecuencias devastadoras que pueden darse si una madre «es incapaz de reconocer que su hijo tenía una vida interior propia, separada y distinta de la suya». Dice que «reconocer el carácter único de la vida interior del niño equivale a reconocer que está vivo desde el punto de vista psíquico. Es como si su madre no lograra reconocer su humanidad» (Modell 1999: 77).

Mark

Mark (cuyo material se incluye también en el capítulo 9 de este libro) y su madre intentaron mantener un estado de fusión idealizado. No se concebía la separación. Él tenía que estar unido con su madre hasta durmiendo. Todas las noches, a la hora de ir a dormir, le exhortaba a que debían soñar el uno con el otro y tener el mismo sueño. Su lengua empezó a expresar algo de la calidad de su relación. Parece que su tartamudez actuó como barrera para proteger el sí-mismo de verse invadido por la madre, y a la vez le protegía a él y a su madre de saber que estaba ahí su odio y su culpa. ¿Qué hubiera dicho si hubiera podido tener la facilidad de hablar con una madre como ésa? Mark me describía su experiencia como «ser una misma piel con su madre» (Wilkinson 2001: 268). Affeld-Niemeyer describe la pérdida de la experiencia instintiva y de sentido de la realidad en ese tipo de pacientes como «una regresión extrema a un estado de desarrollo primario indiferenciado: el de “ambigüedad” e “identidad”» (Affeld-Niemeyer 1995: 37-8). Estuve viendo a Mark, que vino a mí quejándose de su tartamudez, durante diez años, y la mayor parte de ese tiempo vino a consulta cuatro veces a la semana. En la fase inicial del análisis, cuando tartamudeaba en la consulta lo hacía con una prolongación suave, delicada, de determinados sonidos que evocaban los balbuceos tempranos el rotacismo inicial y las dificultades para pronunciar la «b». Su mayor dificultad estaba en la «m» cuando intentaba decir «madre». Mi nombre se convirtió en Ma...Ma...Margaret. El contraste con las fases posteriores del análisis fue fuerte. En esa época tomó conciencia de una forma distinta de maternidad a través de la analista-madre, lo cual le permitió empezar a sentir la separación y una cierta conciencia de sus sentimientos de odio. Mark parecía estar casi siempre intentando controlar una explosión de ira y acercarse a tomar conciencia de ese odio subyacente a su madre controladora, y luego se intensificaba su tartamudeo y, aunque se mantenía relativamente suave, cambiaban las palabras con las que tenía dificultad. En una sesión tuvo bastante dificultad para pronunciar *battle* («batalla», en inglés) y *bite* («bocado, mordisco», en inglés) (Wilkinson 2001).

El desarrollo del lenguaje parecería ser una parte intrínseca del proceso de separación de la madre, es decir, tomar el lenguaje de tu madre, usarlo a tu manera y que se te dé permiso para hacerlo. La necesidad del lenguaje implica separación, y el uso del lenguaje es una indicación de separación y de la necesidad de comunicación a través del espacio entre el sí-mismo y la madre. De la mano de esta materialización viene la necesidad de «nombrar» a la madre y de «nombrar» a uno mismo. Mark no lo podía hacer sin tartamudear.

Mi paciente usaba fantasías de fusión como defensa, para evitar ver el espacio que había entre nosotros. Percibía su habla como monólogos desprovistos de afectividad. Mi impresión es que estaba encerrado, sepultado, completamente envuelto en sí mismo. Al intentar describir cómo había sido la relación con su madre, el paciente hablaba de «ser

una misma piel». El tartamudeo de mi paciente le daba problemas sobre todo cuando intentaba decir su propio nombre al presentarse, es decir, al reconocer su propio sí-mismo, su identidad separada, que era lo que había querido negar su madre al intentar perpetuar las fantasías de fusión, como por ejemplo en la promesa que obtenía de él todas las noches en relación con sus sueños.

¿Cómo surgió la tartamudez de Mark? ¿Qué significado tenía en relación con su sí-mismo en desarrollo? La comunicación por medio de la producción de sonidos es una experiencia completamente emocional, localizada en la amígdala. En todos los niños, el hemisferio dominante en el lenguaje es el derecho en los primeros años, pero a partir de los 5 años se establece firmemente el dominio del hemisferio izquierdo, el «hemisferio del pensamiento», en el procesamiento y la producción del lenguaje en la mayoría de los niños. Los escáneres del cerebro aportan pruebas de que en muchos tartamudos está sin resolver la competencia entre los dos hemisferios (Ludlow 2000). Los neurocientíficos también han reunido descubrimientos de sus investigaciones que dejan claro que la actividad en el cerebro derecho es un rasgo de aquellos que han vivido algún trauma, y que aquellos que han vivido un trauma relacional temprano en el que ha habido una intrusión en su integridad corporal son los más vulnerables. En el caso de Mark parece claro que el trauma relacional temprano mantuvo los intentos de hacer sonidos localizados parcialmente en el cerebro derecho. (Es interesante señalar que, como en el caso de muchos tartamudos, no tenía dificultades para cantar, lo cual es una actividad del cerebro derecho).

Schore (1994) subraya la importancia de la relación afectiva del niño con su madre en el desarrollo del habla de palabras sueltas, que surge de la huella de los intercambios afectivos con la madre en el hemisferio derecho. Schore observa que «el nombre del niño suele ser la primera palabra emocional que aprende [...]. Esta palabra en concreto puede verse especialmente subrayada por los cuidadores reguladores de la afectividad por medio de intercambios en los que tranquilizan el estrés del hijo» (Schore 1994: 488). El hemisferio derecho permanece como responsable del ritmo, la melodía y la tonalidad emocional del habla toda la vida. La falta de disponibilidad emocional de las madres puede impedir o entorpecer la capacidad de los bebés de desarrollar el «diálogo interior». Podríamos arriesgarnos a preguntarnos si la experiencia temprana dañina de Mark, codificada en su cerebro derecho, podría haber mantenido localizados parcialmente ahí también sus intentos de producir sonidos.

El hemisferio derecho domina la reacción de miedo al trauma temprano como la que Mark debió de vivir desde el principio con su madre tan impredecible e inestable. Los momentos en los que Mark intentaba separarse de forma sana de su madre le producían estrés a ella. Ese estrés parece haber inhibido a Mark y haberle hecho tener miedo a esa separación. No veía la aprobación en los ojos de su madre, una aprobación que le hubiese permitido distanciarse de ella con confianza. Aunque estas conclusiones no deben pasar de conjeturas, podría ser que la competencia entre el tirón regresivo del

apego emocional temprano a la madre del período dominado por el hemisferio derecho y el período posterior de impronta del hemisferio izquierdo del bebé más independiente no estuviese bien resuelto en Mark y que se expresase en su tartamudez.

Stern y la desintonización⁶

Stern (1985) ha sugerido que la forma en que el niño se hace gradualmente consciente de la separación es precisamente por medio de la desintonización voluntaria de la madre. Ha señalado que las madres se pasan o se quedan cortas intencionadamente a la hora de intentar igualar el nivel de intensidad, de sintonía o de comportamiento del bebé, y su conclusión es que el motivo de estas desintonizaciones es normalmente hacer que aumente o disminuya el nivel de actividad o afectividad del bebé (Stern 1985: 148). En dosis que puede manejar y soportar el bebé, la madre modera con cuidado esa separación. Stern define como «desintonización verdadera o involuntaria» esos momentos en los que la madre identifica incorrectamente el estado de ánimo del bebé o no es capaz de encontrarse en el mismo estado interior (Stern 1985: 149). Si las necesidades emocionales del niño hacen que la madre sufra, entonces dará una pista errónea a su hijo en relación con esa necesidad, el hijo se formará una sensación de peligro con respecto a esa necesidad y dará a su vez otra pista errónea a su madre (Marvin *et al.* 2002: 109).

Los efectos a largo plazo de los traumas

En los episodios de interacción traumática con un progenitor o cuidador primario, el estado cerebral del niño va a reflejar o intentar igualar el del progenitor amenazante. Esto tiene implicaciones escalofriantes cuando uno piensa en el cerebro de un niño que intente igualar los estados desregulados de la madre. La psicobiología de los traumas se aborda con más detalle en los capítulos 5 y 6. Aquí basta señalar que el primer estado del bebé va a ser de hipoactivación fisiológica, igualando así el de la madre. Cuando la angustia llega a un nivel insoportable y la desesperación y la impotencia de la experiencia del bebé se hacen intolerables, se produce entonces una hiperactivación fisiológica que acaba llevando a la disociación. Schore describe esa disociación como un uso de «insensibilización, evitación, conformidad y restricción de la afectividad, provocados por niveles altos de cortisol inhibidor de la conducta y de sedantes endógenos que anulan el dolor» (Schore 2003a: 67).

La identificación con el agresor es uno de los posibles resultados de esa experiencia, ya que «la impronta espacio-temporal del terror, la rabia y la disociación es un mecanismo primario para la transmisión intergeneracional de la violencia» (Schore 2003a: 287). Asimismo, el niño que percibe a su progenitor con ansiedad aguda o a la madre deprimida y desconectada va a interiorizar esos estados mentales. Esos niños pueden parecer introvertidos, miedosos o incluso paralizados. De hecho, lo que están haciendo es usar estrategias de defensa disociadoras para eliminar la conciencia del trauma y así poder intentar mantener algún tipo de apego al cuidador, apego que es inevitable cuando se tienen en cuenta las necesidades de cariño, de crianza y protección. La primacía de la configuración en patrones en el cerebro-mente significa que una exposición continuada a ese tipo de estados acabe asegurando su establecimiento como rasgos de carácter a nivel implícito. Las mismas defensas van a aparecer, por tanto, en la consulta si acuden a terapia, de niños o de adultos.

Los niños que han pasado por relaciones traumáticas aprenden en sus propias carnes, en su propio cuerpo, a desconfiar y a defenderse de posibles traumas futuros. En un estudio de pacientes traumatizados, Binet pudo demostrar que «la sensibilidad inconsciente de un paciente inconsciente puede ser cincuenta veces más fina que la de una persona normal» (Binet *et al.* 1896, citado en Shin *et al.* 2005: 186). Se cree que esta hipersensibilidad a los estresores puede ser el resultado de una experiencia repetida de secreción excesiva y prolongada de cortisol.

Kagan (2004: 35) menciona la definición de Porges (1996) de tres niveles de respuesta neurológica que pueden utilizarse cuando un niño tiene miedo. La respuesta óptima es la del sistema nervioso social, basado en el sistema vagal ventral. Es el sistema que va a poder utilizar el niño cuyas relaciones con los adultos que le cuidan son «suficientemente buenas». Sin embargo, puede que los niños con malas experiencias tempranas no puedan recurrir más que a alternativas apoyadas en el sistema nervioso simpático, es decir, a la lucha o huida. Como pone de relieve Schore, cuando el niño ve que no es posible ninguna de esas dos opciones, el sistema nervioso parasimpático toma

el control, anulando la actividad excesiva producida por el sistema nervioso simpático, y llevando al niño a un estado de parálisis y de cese de funcionamiento que se parece a la muerte. Kagan (2004) comenta al respecto lo siguiente:

Los cambios fisiológicos inducidos por los traumas son especialmente dañinos para el niño desde la concepción hasta los primeros años de vida. Las señales y los síntomas de un apego desorganizado y del trauma se convierten en una forma de vida, y cada vez que vuelve a darse violencia o pérdida sirve para confirmarle al niño que su mundo es caótico y peligroso.

(Kagan 2004: 39)

Terr (1994) subraya que algunos niños, especialmente si sufren algún incidente terrible en vez de un trauma prolongado en el tiempo, no llegan a olvidar nunca aquello por lo que han pasado. El abuso de otras personas es suficientemente prolongado como para provocar amnesia. Al revisar el estudio a gran escala realizado por Williams (1994) sobre la memoria en mujeres con historial documentado y probado de abuso sexual en la infancia, Terr (1994) señala una vez más que los que tenían una menor edad cuando tuvo lugar el abuso eran los que tenían el peor acceso al recuerdo, pero que también aquéllos cuyo abusador era un familiar o algún allegado de la familia eran los que tenían más probabilidades de «olvidarlo». En el estudio realizado por Williams (1994), de 100 mujeres, 38 lo habían olvidado.

Jung subrayaba el carácter dañino del trauma temprano. Opinaba que podía conducir a la defensa de la disociación, que para él significaba que «el significado e importancia emocionales de la experiencia permanecen ocultas todo el tiempo para el paciente, de modo que, al no llegar a la conciencia, la emoción no llega a desgastarse ni a consumirse nunca» (Jung 1912: párr. 224). Repasemos ahora brevemente la infancia de dos niñas y veamos un poco cómo pueden acabar enterrándose las experiencias traumáticas en las profundidades de la personalidad de una persona joven, podríamos decir que fuera de la mente, pero continuando su lucha por ser reconocidas de una u otra forma.

Harriet

Me gustaría presentarles a Harriet, una mujer de mediana edad que me llegó acosada por una ansiedad grave y una fuerte constricción de la personalidad como resultado de un trauma grave y muy temprano. Harriet estuvo viniendo a análisis cuatro veces a la semana a causa del aumento de sensaciones de intensa ansiedad. Harriet había oído a su madre hablar de ella diciendo que había sido un bebé difícil, como resultado de un embarazo difícil seguido de un parto difícil, un bebé que lloraba demasiado, para el cual no tenía suficiente leche, al cual siguió siendo difícil de darle el pecho y que había sido clasificado como una «niña con retraso del crecimiento». El estado de ánimo de la madre era inestable, atacaba verbalmente con frecuencia, gritando sin previo aviso: «Y si vas a llorar, voy a darte una razón para hacerlo. ¡No te encojas conmigo!». Recuerda que relación con su padre era de abierta hostilidad. Junto al constante abuso emocional, esta paciente sufrió un prolongado abuso sexual por su padre, con implicación de la madre, desde los 3 años o antes hasta los 9, cuando fue detectado por el médico de familia y cesó. Hizo que se vigilase su bienestar hasta que se fue de casa en sus últimos años de adolescencia, cuando vio que le era cada vez más difícil tolerar el alcoholismo creciente de sus padres.

Durante la infancia, Harriet había sido solitaria. Se sentía apartada del mundo de los demás niños. Su depresión y su constante falta de confianza hacían que las amistades que surgen con facilidad en la infancia normal fuesen algo inaccesible para ella. Harriet me contaba cómo de niña buscaba refugio en libros y películas de cine. Andando el tiempo se dio cuenta de que, aunque buscaba evadirse con ellas, las que más la atraían eran las que reflejaban algún aspecto de su aterrador mundo interior, surgido de las experiencias de abusos. Así pues, *Blancanieves* la aterrizzaba porque la Bruja (madre) le daba fruta envenenada a la niña. *Alicia en el país de las maravillas* la espantaba porque Alicia caía a un mundo que no podía entender, en el que casi se ahoga en una piscina llena de sus propias lágrimas. *Bambi* era horrible cuando el incendio del bosque (de su furia) mataba a la madre y dejaba a Bambi solo con el padre. *El mago de Oz* era la más aterradora de todas porque en ella la niña se encontraba con un hombre sin corazón. Había temas más suaves y que la nutrían, pero lo significativo es que en esos libros quien cuidaba de los niños era alguien distinto de los padres. Harriet anhelaba ser uno de los niños de *Las zapatillas de ballet*, que cuidaba un tutor amable y bondadoso y que les dejaba disfrutar bailando. *Los chicos de New Forest* proporcionaban también el ejemplo de una figura protectora, y el mundo vivía con seguridad y paz en lo más profundo del bosque mientras la guerra civil hacía estragos fuera de él. El que le produjo los sentimientos de tristeza más profunda fue Ginger, el caballo lleno de vida de *Azabache* (o *Belleza negra*), cuya vivacidad y cuyo ser mismo fueron casi destruidos por los que deberían haber cuidado de él. Parece que meterse en estos temas de esta forma le permitía a la niña, cuyo abuso había sido tan grave que lo había sacado completamente «fuera de la mente», tener una forma de agarrarse a lo desconocido, permitiendo a la vez la disociación que hacía posible vivir en casa. Cuando Harriet empezó a recuperar los

recuerdos y a trabajar sobre los efectos de la experiencia abusiva que iba revelando la transferencia, se encontró con que ya no le era posible evadirse al mundo de ficción tal y como había venido haciendo desde la infancia.

Harriet soñaba despierta, y en esos sueños Harriet vivía en esos otros mundos que había encontrado en los libros. Cuando la llevaban a ver una comedia musical navideña, acababa anhelando que la llevase a casa el niño que tenía el papel principal en la historia y que se la cuidase como se había cuidado al ser de ese niño. Digo «el ser» porque en la comedia musical navideña inglesa el niño principal es un héroe atractivo y simpático, pero es un papel que siempre hace una mujer. Para Harriet, el niño principal era un ser distinto tanto de su madre como de su padre porque no era ni mujer ni varón. En la vida adulta, sin ser consciente en absoluto de ello, lo que hizo fue, de hecho, retirarse a lo que más tarde describía con gran dolor como «identidad de sexo neutra». A veces Harriet deseaba, de hecho, convertirse en el niño principal de la historia, y así poder ser el héroe y a la vez no ser ni masculina ni femenina. En el personaje del niño principal había encontrado una forma de imaginar una retirada a un papel en el que poder dejar de luchar contra lo que significa ser humano.

Sophie

Sophie fue rechazada al nacer por su madre, que estaba convencida de que su tercer vástago iba a ser un niño. En la familia se le asignó el papel de chivo expiatorio, considerada responsable por cualquier problema y castigada por ello. Se convirtió en una niña solitaria que se refugiaba en dibujar, lo cual tenía que ser una actividad secreta porque su madre lo desaprobaba. También encontró una vía de escape en su amor por los animales y el campo. Cuando el jardinero intentó abusar de ella a los 8 años, consiguió escapar, pero sentía que no podía decirle nada a nadie sobre aquel incidente, del cual se culpaba inconscientemente. Tenía un camino preferido al que solía ir a soñar despierta, y en el que algún día encontraría a un personaje como E.T. Este personaje la consolaría diciéndole: «No te preocupes, todos somos como tú. Parece que también tenemos que mantener una determinada apariencia exterior, pero por dentro somos distintos». Esta observación apareció cuando, andando el tiempo, volvió a contar el incidente y reflejó una sensación mayor de validez de su sí-mismo interior por oposición al exterior y adaptativo que había requerido su madre. La niña, que se sentía completamente inaceptable a los ojos de su madre y lo contrario del hijo que tanto quería su padre, mantuvo viva la esperanza en su interior gracias al arte. Se vino abajo y vino a tratamiento cuando su hija llegó a la edad en que ella había tenido la experiencia traumática con el jardinero. En el capítulo 9 se habla de las pinturas que hizo ya adulta y que surgieron de su infancia, y que aparecen en las láminas 4-9. Estos dos ejemplos tan personales e individuales de traumas infantiles bastante distintos demuestran la necesidad de los niños de retraerse del mundo exterior peligroso y refugiarse en el mundo de la ficción relacionada con el trauma.

Los efectos perjudiciales a largo plazo del miedo

Eigen (2001) escribe de manera conmovedora sobre el miedo en su explicación de la teoría de Bion sobre el fallo en la capacidad de procesar sentimientos. Creo que su descripción, llena de sentido y sensibilidad, es completamente aplicable a los efectos de la experiencia traumática temprana y la forma en la que mina la teoría de la mente del niño.

La personalidad ha sufrido un miedo terrible, probablemente repetido, probablemente repentino. Es posible que ese miedo impregnase el ambiente en el que nació el individuo o que fuera una dimensión, hilo conductor o veta importante en su educación/crianza. El individuo nació en un mundo aterrado y aterrador, un mundo en el que tener miedo tenía un papel importante [...]. La personalidad [se ve] solidificada, coagulada o desmoronada en ese miedo o por verse en ese entorno de miedo [...]. Se extiende por todo el cuerpo, la forma que uno tiene de sentir qué es ser persona, por medio del carácter [...]. Nos persiguen verdades en las que es demasiado aterrador pensar, verdades que nos aterra soportar o trabajar [...] una vez que la personalidad se instala en el molde del terror, es difícil avanzar [...]. El *superego autodestructivo* lo impregna todo y toma su poder del pavor generalizado e informe [...]. La rabia se alimenta del terror.

(Eigen 2001: 24-5)

Yo diría que la comunicación conservadora, tradicional, verbal, basada en el cerebro izquierdo, entre el paciente y el analista neutral y templado, en sí no es remedio suficiente para el trastorno afectivo, disociado, intersubjetivo del cerebro derecho que surge del trauma relacional temprano. Más bien tienen razón Davies y Frawley (1994) cuando lo definen como formado por «experiencias traumáticas no simbolizadas, con un núcleo primitivo de terror atroz, ideación intrusiva y sensaciones somáticas que subsisten acordonadas en el seno de la psique del paciente, que no están disponibles para ser abordadas mediante procesos autorreflexivos ni mediante el remedio tradicional de la curación por la palabra»⁷ (Davies y Frawley 1994: 21). Subrayan la capacidad del paciente de «erigir minuciosamente la apariencia de un sí-mismo relacionado desde el punto de vista personal adaptativo y que funciona en torno al núcleo de un niño herido y abandonado» (Davies y Frawley 1994: 21). Definen este aspecto infantil del paciente como un «sí-mismo alternativo completamente desarrollado, disociado y de organización bastante primitiva» (Davies y Frawley 1994: 67). Recomiendan que el analista sea consciente tanto del sí-mismo adulto en pleno afrontamiento como del niño del que se ha abusado y que permanece oculto en el paciente que viene a la terapia.

Importancia de las cuestiones de desarrollo temprano en la consulta

Los adultos que llegan a consulta con experiencias tempranas difíciles como parte de su historia personal lo manifiestan en su transferencia al terapeuta, revelando la naturaleza de su primer apego. Aunque el grado y la intensidad pueden variar, al establecerse la confianza con el terapeuta van emerger estas dificultades y se requerirá ir comprendiendo y adaptando la técnica para permitir que se pueda trabajar con la experiencia temprana y que el adulto adaptativo, metido en su afrontamiento y sobre todo que tiende a protegerse, pueda sentirse lo suficientemente seguro como para permitir ese tipo de proceso.

A medida que vaya avanzando en el libro, el lector verá claro que considero que los aspectos relacionales de la experiencia analítica son uno de los factores más importantes que pueden producir el cambio. Kagan (2004), en su estudio de cómo reconstruir los apegos en niños traumatizados, llama nuestra atención sobre el poder de una buena paternidad, que «con el tiempo promueve repetidas experiencias positivas de conexiones neuronales» (Kagan 2004: 214). Yo insistiría bastante en que no es posible ni deseable intentar convertir la terapia en una experiencia que sustituya las malas experiencias tempranas. En lugar de eso definiendo una forma de trabajar que, por medio de la relación de transferencia-contratransferencia, haga posible la exploración del sufrimiento psíquico pasado en el contexto de una relación nueva y facultadora.

El entorno de «apoyo» que busca crear el analista va a influir en la disposición de la sala: el diván y la butaca del analista tienen que permitir el espacio emocional que tradicionalmente se asocia al análisis, pero deberían colocarse de forma que, si el paciente gira la cabeza, puedan mirarse uno a otro. Esto se debe a que las secuencias de mirar y mirar a otro lado, típicas de la infancia, acompañadas de los intercambios sonoros de «protoconversación», pueden ser una parte importante de la experiencia de la diada analítica. Esta experiencia de mirar puede ser una parte importante de la terapia, sobre todo si se piensa lo que ha descubierto la neurociencia sobre los procesos de reflejo entre la madre y el bebé. La mirada tiene un papel claramente determinante en el desarrollo de un sentido del sí-mismo y de un sentido del otro, y está en la base de toda la relación social que se desarrolla a raíz de la relación más temprana. Algunos afirman que parte del éxito de técnicas como la desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular (EMDR, por sus siglas en inglés) puede atribuirse directamente a las oportunidades que da de usar este mirar al otro de forma cálida y comprometida que la neurociencia ha descubierto que es decisiva en la infancia.

Este apoyo simbólico, más que el apoyo real, es el que mantiene el espacio analítico intrínseco al proceso analítico, y el que sirve de vehículo para percibir límites seguros y cerrados. La cuestión del contacto físico es compleja, y se ha escrito más sobre su abuso que sobre su uso en la consulta. Gerhardt (2004) apunta que para un bebé «que le cojan en brazos con cariño es el mayor estímulo para el desarrollo», señalando que «el sistema nervioso autónomo de la madre se comunica de hecho con el sistema nervioso del bebé calmándolo por medio del contacto físico, del tacto» (Gerhardt 2004: 40). Kagan (2004)

nos recuerda los descubrimientos de Crittenden y Ainsworth de que en la infancia «la privación de contacto físico íntimo era la responsable de patrones de conducta de ansiedad y evitación» (Crittenden y Ainsworth 1989, citado en Kagan 2004: 17). Esta experiencia y estas formas de apego pueden ponerse de manifiesto en la experiencia de transferencia/contratransferencia de paciente y analista. Para algunos pacientes puede servir de ayuda en el proceso analítico que el analista se siente bastante cerca de ellos, pero para otros puede resultarles abrumador. A ser posible, la silla del analista no debería estar situada entre el paciente y la puerta, ya que en ese caso al paciente puede resultarle más difícil permanecer en la sesión y en momentos de pánico puede tener la sensación de que la salida está bloqueada. También debe manejarse con cuidado el uso del silencio, ya que, como apunta Cozolino, «el silencio es un estímulo ambiguo que activa los sistemas de memoria implícita» (Cozolino 2002: 99).

Por lo que respecta a los descansos o interrupciones en la terapia analítica, los terapeutas deberían tener en cuenta que hay bastantes pruebas de que la separación de aquéllos de quienes dependemos eleva los niveles de cortisol, y que se ha demostrado que la separación temprana de la madre provoca un aumento de los niveles de cortisol, lo cual lleva a definir el factor liberador de corticotrofina (CRF, por sus siglas en inglés) como «sustancia bioquímica del miedo» (Gerhardt 2004: 73). Esto afecta especialmente a aquellos que tienen apegos que no se han fijado bien. Gerhardt señala que «hay pruebas recientes decisivas de que los niños con apegos bien formados no liberan niveles altos de cortisol en condiciones de estrés, mientras que los niños inseguros sí lo hacen» (Gerhardt 2004: 72). Los pacientes a los que —muchas veces por culpa de un ingreso hospitalario temprano de la madre o del bebé— se les ha grabado en su configuración cerebral una experiencia de separación de mucho estrés, y con los que se ha formado una transferencia dependiente, los períodos de descanso o interrupción de las sesiones con el analista van a percibirse naturalmente como muy dolorosas, y como tales es necesario abordarlas con sumo cuidado.

Algunos terapeutas han intentado explorar, o incluso explotar, la idea de Stern (1985) de la desintonización voluntaria y aplicarla a las últimas fases del trabajo clínico, en las que la principal necesidad del paciente es experimentar una separación segura. En todo caso, el uso de cualquier tipo de proceso de desintonización voluntaria en pacientes con traumas depende fuertemente de la capacidad empática del analista. Demasiada y demasiado pronto, o una incapacidad del analista de ponerse en el mismo estado interior que el del paciente, pueden acabar volviendo a traumatizarle. Esta retraumatización puede provocar un fuerte sufrimiento, que puede causar un *kindling* —de *to kindle*, «encender o prender fuego» en inglés— en una sesión (ver «Lucy», en el capítulo 5) y un aumento insoportable de la vergüenza que puede hacer que el paciente renuncie al contacto, a la relación e incluso al propio análisis. En cierto modo, no hay nada nuevo en esta forma de funcionar empática y de cerebro derecho para aquellos que, como Jung, siempre han valorado la relación del analista con la totalidad del ser del paciente. Lo que nos aporta la investigación de la neurociencia de la afectividad es el conocimiento de los cambios en el cerebro que permiten que el paciente domine esa experiencia temprana.

Resumen

Lo que está claro es que los niños sufren acontecimientos traumáticos reales y que cuanto más tempranos son más influyen en la forma que tienen los niños de percibir el mundo y la forma en que se van a relacionar con los demás en el futuro. En síntesis, ejercen una fuerte influencia en el desarrollo del niño. Tanto los niños como los adultos que han vivido un trauma relacional temprano pueden no ser conscientes de él, pero esa experiencia traumática va a convertirse en la base de «la imaginación consciente, de los sueños y de las fantasías inconscientes» (Knox 2001: 626). Por definición, estas experiencias han de influir en la forma que tiene el individuo de relacionarse y cómo va a vivir su vida esa persona. Para mí, en la consulta, la cuestión fundamental quizá no sea tanto qué fue lo que le pasó al niño (aunque esto importe y afecte a las estrategias de tratamiento), sino cuán temprano sufrió el niño el trauma relacional, si fue con su cuidador principal, qué le hizo al niño, en qué le afectó al niño, qué sacó en conclusión en niño y cómo ha afectado al desarrollo del niño o del adulto que viene a tratamiento.

Notas al pie

5. n. del t.: en el título inglés del apartado («But is it a case of nature (our genes) or nurture environmental stimulus) or both?»), la autora juega con las palabras, que en su lengua son tan cercanas, *nature* (naturaleza) y *nurture* (crianza). Se trata del mencionado debate sobre lo innato y lo adquirido. En español puede traducirse este juego de palabras con el dicho: «El hombre no es de donde nace, sino de donde padece».

6. N. del T.: Stern habla de *misattunement*, traducido por unos como «desintonización» y por otros como «desentonamiento». Existen la «desintonización voluntaria» (*purposeful misattunement*), buscada a propósito, y la «desintonización involuntaria» (*non-purposeful misattunement*).

7. N. del T.: En inglés, *talking-cure*. Léase tb.: «curación mediante la conversación».

CAPÍTULO 4

LOS SISTEMAS DE MEMORIA

La formación de los recuerdos

Los recuerdos se forman cuando se activan juntas un grupo de neuronas y forman un patrón neuronal determinado que permanece una vez que ya ha desaparecido el estímulo. La memoria a corto plazo puede durar unos pocos segundos —memoria icónica— o unos pocos minutos —memoria de trabajo—. Se trata de información retenida en la mente por la necesidad del momento, quizá sacada de la experiencia del momento, o quizá recuperada de la memoria a largo plazo para la tarea de ese momento concreto. La memoria a largo plazo puede ser explícita (declarativa), es decir, que contiene lo que podemos recuperar cuando queramos y que podemos reconocer como un recuerdo del pasado, o bien implícita, es decir, inconsciente, que almacena lo que es automático o emocional.

La memoria explícita

La memoria explícita está compuesta por la memoria biográfica, episódica, personal, la memoria «Ésta es mi vida», y la memoria factual semántica, el «Qué» de la memoria. El contenido de la memoria explícita es procesado por el hipocampo, que añade lugar y fecha a los recuerdos, se ocupa del «Qué» y del «Dónde» de la memoria, asegurando que la conciencia pueda acceder a ella de una forma identificable. Cuando el hipocampo ya ha ayudado a afianzar la memoria en la corteza (proceso que puede llegar a tardar dos años en terminarse), cada elemento que compone cada recuerdo se almacena en el lugar de la corteza en el que fue recibido en origen.

La memoria implícita

La memoria implícita incluye el «Cómo» y la «Emoción» de la memoria. La memoria procedimental almacena el «Cómo hacer algo», las habilidades adquiridas que se vuelven automáticas. Esta memoria es procesada en el putamen y en el cerebelo. La memoria «emocional» deriva de la respuesta emocional a los estímulos, y es procesada por la amígdala. Las respuestas negativas o de sentimientos traumáticos están especialmente asociadas a la amígdala. La memoria implícita entra en juego antes que la memoria explícita debido al desarrollo más temprano del hemisferio derecho, que es el hemisferio más estrechamente relacionado con las emociones. Segal (1991), al hablar sobre el trabajo con niños de Melanie Klein, comentaba que «uno vislumbra un mundo interior imaginario como un extenso continente bajo el mar, siendo las islas sus manifestaciones conscientes, exteriores y observables» (Segal 1991: 19).

La memoria implícita es la fuente de las formas de ser y de comportarse más profundamente arraigadas que gobiernan la vida de cada persona. Estas profundidades ocultas son los patrones de formación más temprana, grabados en el almacén de la memoria implícita del hemisferio derecho, de desarrollo temprano. Se manifiestan en las formas de ser, sentir y comportarse el paciente que se hacen patentes en la consulta por medio de la transferencia y la contratransferencia. Davies resume la visión que tenía de la memoria de Janet (1889), uno de los mentores de Jung, con las siguientes palabras:

Janet llegó a creer que los procesos de la memoria, los típicos esquemas habituales para integrar la nueva información que nos llega, proporcionaban los sistemas mentales de organización esenciales. Cuando operaban con fluidez, no se tenía conciencia de la mayoría de esos procesos. Los esquemas son flexibles y hay una oscilación constante entre el efecto de la información nueva en la modificación de la estructura interna de los esquemas de organización y la dependencia del individuo de estos esquemas para poder generar el orden mental y la organización interna.

(Davies 1996: 557)

El trabajo de Jung con la prueba de asociación de palabras le llevó a sugerir que las pausas en los tiempos de reacción del sujeto indicaban la presencia de un «complejo teñido de sensaciones/sentimientos» (Jung 1934a: párr. 201). En los primeros trabajos analíticos se observaban muchas pausas de ese tipo. Jung definía esos complejos como «mentes escindidas» autónomas, fragmentos que se han escindido a causa de una experiencia traumática (Jung 1934a: párr. 203). Shin *et al.* buscaron investigar el efecto de los complejos en el aprendizaje implícito y encontraron que «los complejos que alteraban el procesamiento cognitivo consciente potenciaban de hecho la atención de los sujetos y su rendimiento en una tarea de aprendizaje implícito» (Shin *et al.* 2005: 175). Ekstrom (2005) concluye que esta investigación pone de relieve, como hizo Jung, la naturaleza relativa de lo que es consciente e inconsciente, y sugiere que «cuando incluimos en la ecuación el lenguaje implícito, permitimos también una concepción

dinámica de la memoria [y] empezamos a explicar el lenguaje como resultado de la complejidad sináptica» (Ekstrom 2005: 193) y el hecho de que «la estructura y función del cerebro están modeladas por la experiencia» (Siegel 1999: 25, citado en Ekstrom 2005: 193).

Codificación y recuperación: escenas y temas

Gran parte de lo que sabemos sobre cómo llega a almacenarse la memoria proviene del trabajo realizado por neurocientíficos cognitivos interesados en la inteligencia artificial. Ekstrom (2004) sintetiza el trabajo de Schank, que ofrece una explicación de las estructuras de memoria basadas en el discurso, la narración. Schank sugiere que «necesitamos contar una historia a otra persona que describa nuestra experiencia porque el proceso de crear la historia crea también la estructura de memoria que va a contener el punto esencial de la historia el resto de nuestra vida» (Schank y Morson 1990: 115, citado en Ekstrom 2004: 668). Estas historias están codificadas en patrones mentales que el cerebro coteja con las experiencias nuevas. Schank defiende que el cerebro percibe en especial cualquier nueva desviación con respecto al patrón esperado (recordado) y crea nuevas versiones más refinadas del patrón basándose en la nueva experiencia que acaba de percibir. Ekstrom (2004) dirige nuestra atención a otros trabajos posteriores de Schank y de su equipo que señala la existencia de «paquetes de memoria» que operan como formas de almacenaje, creados sin que tenga conciencia de ello nuestra consciencia: «Uno de esos paquetes organiza escenas, y como recordamos todo en escenas, éstos [...] nos permiten viajar de una escena a otra» (Schank 1999: 123, resumido en Ekstrom 2004: 669). Se cree además que otro grupo complejo de paquetes de memoria se ocupa de los temas: éstos permiten el procesamiento y la reunión de escenas junto a la integración de información más abstracta. Schank señala no sólo que el saber es cognitivo o emocional, sino también el que es corporal y en su mayor parte inconsciente.

Cuando se necesita una recuperación, la corteza reconstruye el recuerdo y ese recuerdo queda disponible para su uso. La experiencia del recordar va a constituir una contribución más a ese recuerdo, la forma del recuerdo va a cambiar, quizá imperceptiblemente o quizá de manera importante, porque la circunstancia en la que se recupere, por ejemplo un aspecto concreto de un incidente o un detalle de un individuo o un lugar que tuvieron que ver con él, puede ser el foco de atención de la persona que recuerda en el momento de la recuperación y también en la restauración posterior del recuerdo. Cuando se termina su uso para esa ocasión, ese recuerdo se desarma y se almacena otra vez en sus elementos individuales en las zonas corticales, quedando preparado para que la corteza lo vuelva a armar cuando se necesite.

El trabajo tanto de Rossi (2004) como de Ribeiro (2004) hacen hincapié en el valor de los sueños y del proceso del sueño en la consolidación de los recuerdos y la memoria. Ambos destacan la importancia del gen *zif-268*, «un gen relacionado con el aprendizaje, capaz de activar el reforzamiento de las conexiones sinápticas que depende de la experiencia» (Ribeiro 2004: 7). Ribeiro señala: «A pesar de su corta duración, la fase REM [movimiento ocular rápido] del sueño es capaz de estimular fuertemente la consolidación de la memoria activando genes vinculados a la plasticidad sináptica» (Ribeiro 2004: 1). Yo creo que la plasticidad del cerebro en respuesta a estas experiencias del día a día es un aspecto decisivo en esta consolidación o reconsolidación, y que el

proceso analítico, al volver a visitar experiencias pasadas, especialmente aquéllas en las que hay involucrados recuerdos traumáticos, puede aprovechar el proceso de reconsolidación para integrar la afectividad modulada que surge como resultado de la experiencia relacional en el seno de la diada analítica.

Ilustración

El objetivo de la narración que sigue a continuación es ilustrar la codificación y la recuperación de una memoria ligeramente perturbadora y las distorsiones que pueden tener lugar en el procesamiento.

La tormenta más espectacular que he visto jamás está cayendo en las montañas que me rodean mientras escribo en una habitación con vistas al lago de Bled. La impresión va a seguir conmigo hasta mucho después de volver a casa. La asociaré con el hecho de haber estado escribiendo esto y de haber visitado el lago de Bled, permitiendo así a mi hipocampo asignar el tiempo y el lugar a este recuerdo, alojándolo de forma segura en la memoria explícita. La tormenta ha durado casi una hora, y los continuos rayos y truenos han ido haciendo que las mismas conexiones neuronales se formen siguiendo vías definidas en mi cerebro. La sensación de inquietud que me provoca una tormenta así es difícil de identificar. Mientras tengo la atención centrada en escribir, de repente emerge una conversación con mi abuelo que ha habido olvidado hace mucho, de cuando tenía unos cinco años de edad. Es la historia de cuando estaba una vez tomando un baño cuando había una tormenta de montaña como ésta, sacó el brazo de la bañera para cerrar la ventana y un rayo cayó en su brazo mojado. ¡No sorprende, pues, que diese miedo cerrar la puerta del balcón cuando empezó la tormenta!

La historia se había olvidado hacía mucho, las emociones que suscitaba se habían quedado colgando no obstante en la memoria amigdalina, reforzadas sin duda cuando viví tormentas similares y afectando a la forma en que las percibía y me comportaba en ellas. Ahora ha cesado la tormenta y ha venido el recuerdo de aquel incidente perdido y ha entrado en la memoria explícita. Al reflexionar sobre ello me doy cuenta de que el fragmento de memoria que ha vuelto es de una imagen del brazo de mi abuelo en la ventana abierta de la ventana del cuarto de baño de su casa de Inglaterra, ¡no en el extranjero, que es donde había ocurrido en realidad el incidente! De modo que me doy cuenta de que la memoria que se recuerda no es una representación tipo «instantánea» precisa en cada detalle, pero que a pesar de todo es portadora de la verdad emocional de la vivencia que tuve con mi abuelo. ¿La recordé tanto por lo que activó la tormenta estando en extranjero y la puerta que había que cerrar como el estar escribiendo? La sensación de inquietud puede volver, pero ahora por lo menos voy a afrontarla como adulto y con la capacidad de un adulto de valorar los riesgos, a diferencia del pánico de una niña de cinco años a la que se le cuenta una historia que le abruma.

Para escribir esto último he recurrido a la memoria procedimental (cómo escribir), la memoria biográfica (el cómo y dónde de mi vida), la memoria semántica (el lago de Bled, los rayos y sus efectos), así como la memoria emocional amigdalina que provocó la sensación de inquietud. Mi hipocampo empieza a procesar la grabación de la experiencia de escribir este pasaje (dónde, cuándo) hasta que pueda dejarlo almacenado en la memoria a largo plazo. En este momento del proceso de escritura, reside por un

momento en la memoria de trabajo. Al leer sobre la tormenta otra vez, muchos meses después de haber estado escribiendo en Bled, la experiencia se representó en una serie de escenas, seguidas por escenas de Bled en otras condiciones atmosféricas, como si mi memoria estuviera clasificando y diferenciando como parte del proceso de recuperación. Poco a poco, los sentimientos asociados a esa tarde volvieron también, junto a mis pensamientos actuales sobre el procesamiento de memoria. Me di cuenta de que ya no me inquietaba ni el recuerdo de la tormenta ni el recuerdo de la historia que me había contado mi abuelo hacía tanto tiempo.

El recuerdo traumático

Cuando las experiencias de apego tempranas son traumáticas, y especialmente cuando esas experiencias traumáticas se repiten una y otra vez, como puede ocurrir en casos de cuidadores extremadamente insensibles, muy intrusivos o incluso crueles, acaban grabadas en el propio ser del niño pequeño. «¿Cómo ocurre esto?», podría preguntarse uno. Cualquier vivencia traumática grave lleva a un aumento de la actividad en la amígdala que refuerza la memoria emocional implícita o procedimental, inhibiendo sin embargo el almacenamiento de la memoria explícita o declarativa. En los estados de estrés traumático se producen niveles altos de endorfinas que interfieren en la consolidación de la memoria explícita. Circulan entonces niveles altos de cortisol, que tienen también un efecto perjudicial en el funcionamiento del hipocampo, que asigna tiempo y lugar a los recuerdos.

Van der Kolk (1996) señala que la respuesta de parálisis asociada a estados de pánico interfiere en la memoria en los animales y sugiere que la respuesta disociadora en los humanos puede afectar a la memoria explícita de forma similar. Los recuerdos implícitos o procedimentales «se adquieren inmediatamente sin intención alguna y se retienen para siempre sin tener conciencia de ello, especialmente si están vinculados a un acontecimiento emocional coincidente» (Scaer 2001a: 37). Knox (2001) defiende que «la memoria implícita es la base de la transferencia [...], la interiorización de personas reales y acontecimientos reales del mundo produce gradualmente un patrón inconsciente de expectativas generalizadas con respecto a las relaciones» (Knox 2001: 622). La experiencia de un abuso, «grabada a fuego» en la memoria implícita, es algo que se sabe pero que sin embargo es inaccesible al pensamiento. Formas de ser y de comportarse tan profundamente arraigadas preparan la escena para la transferencia que se advierte en el trabajo analítico con estos pacientes.

La experiencia traumática afecta tanto a la codificación como a la recuperación de los recuerdos asociados a ella. Cuanto antes se produce en la vida y más prolongada sea la experiencia traumática, más probable es que ocurra eso. Este tipo de experiencia traumática acaba codificada en la memoria implícita, no disponible a la mente consciente. El cuerpo puede guardar ese recuerdo para el paciente muchos años, hasta que la mente y la psique son lo suficientemente fuertes como para afrontar esa experiencia insoportable. A veces, el trauma se manifiesta en síntomas que de modo especial parecen apuntar a la experiencia traumática temprana.

Cierto grado de estimulación emocional hace que la codificación y la recuperación sean más fáciles, pero si la activación fisiológica es demasiado fuerte y estresante, entonces lo más probable es que se vea afectada la formación del recuerdo explícito. Pally (2000) escribe lo siguiente al respecto:

La hiperactivación fisiológica de un trauma desactiva funcionalmente el hemisferio izquierdo del cerebro, [eliminando el procesamiento hipocampal] dejando la codificación del recuerdo principalmente al derecho [en la memoria amigdalina] [...].

Si el lado izquierdo no tiene la información, la persona actúa como si no conociese la información. Posteriormente, si un estímulo del entorno desata la reactivación del recuerdo del lado derecho, el izquierdo la procesa y la información se recupera de manera verbal [haciendo posible así la recuperación del recuerdo traumático].

(Pally 2000: 123)

Schore señala que hasta los estresores interpersonales de baja intensidad por debajo del nivel de conciencia pueden activar experiencias aterradoras y dolorosas sin modular de la historia más temprana del individuo que estén impresas en los circuitos amigdalinos-hipotalámicos. En esas circunstancias serían intensas las respuestas de miedo-parálisis porque no estarían reguladas por las áreas orbitofrontal y medial frontal (Schore 2003a: 256).

El patrón del cerebro se adapta y se iguala de una forma bastante general en un esfuerzo por protegerse de un mayor trastorno. Esto da lugar a las falsas asociaciones y generalizaciones que intenta explorar el trabajo analítico. La experiencia de transferencia/contratransferencia se convierte en el vehículo para su modificación. En la situación libre de peligro de la consulta, es posible experimentar y analizar la transferencia, y se puede proporcionar a la corteza cerebral el estímulo necesario por medio de la verbalización que se da en la asociación y respuesta libres a la interpretación.

Susan

Susan sufrió una prolongada separación de su madre, que era madre soltera, desde la edad de 6 semanas a la de 18 meses, y luego a los 18 meses vivió la pérdida casi total de la única tía que venía a quedarse en casa y que hacía de cuidadora principal en aquella época, hasta que el médico de familia empezó a preocuparse por su grave retraso del crecimiento y recomendó que la tía sólo la visitase una vez a la semana. Cuando tenía 3 años aproximadamente se la volvió a separar de su madre. Esta vez se la envió a casa de unos primos, a cierta distancia. Sufrió abusos de su tío, al que llegó a llamar «papá» mientras estaba con esa familia. No está claro cuánto tiempo estuvo con esta familia ni cuánto tiempo pudo ser objeto de abusos. Nunca se lo dijo a su querida tía ni a su madre. Su tío le dijo que moriría si se lo contaba a alguien. Parece que dejó esa experiencia en el olvido, totalmente fuera de su mente.

Esta paciente, música de gran talento, descubrió durante el análisis que de niña había usado la música como lugar seguro al que poder evadirse, y que se había convertido en un escudo, una forma de defensa porque no quería saber nada de aquellos recuerdos de la infancia tan dolorosos. Era especialmente consciente del efecto que tenían en ella las canciones de sonido triste.

Panksepp (1998) señala que «una de las manifestaciones más fascinantes del trastorno de separación en el cerebro humano puede reflejar la fuerte reacción que muchos de nosotros tenemos a ciertos tipos de música».

Un componente importante de los sentimientos conmovedores que acompañan a la música triste —lo que podría denominarse factor de escalofrío o de estremecimiento— puede parecerse acústicamente a las vocalizaciones del trastorno de separación —el grito/lloreo primitivo por estar perdido o desesperado—.

(Panksepp 1998: 278)

Un síntoma físico en un paciente puede apuntar a veces a un trauma anterior, a la vez que le ayuda a mantenerlo fuera de su cabeza. El cuerpo lleva la carga (Scaer 2001a) y el cuerpo no miente nunca (Miller 2005).

Parece que esto es lo que ha pasado en el caso de Susan. En su primera escuela se había estimulado su amor por la música por el ambiente de disfrute de la música que dominaba en ella. A los cinco años le encantaban las clases en las que el profesor empezó a enseñar a cantar a los niños empleando solfeo con do móvil. En una ocasión, para ayudar a los niños, el profesor que tanto querían empezó a usar una familia de muñecas. Explicó que el «do» era la madre de la familia. Junto a ella estaba «re», el pequeño bebé, y después «mi», una muñeca pequeña vestida de verde, el color preferido de la niña. Entendió «mi» como «mí», como «yo», es decir, ella misma. Luego, de repente el profesor se puso a explicar que la nota siguiente «fa»,⁸ el padre de la familia, estaba en realidad

mucho más cerca de «mi» que las demás notas, y que si las juntabas el resultado no era nada agradable. Supongo que las defensas de mi paciente debieron de romperse en ese momento y que empezó en su cerebro un proceso de *kindling*. El profesor debió de horrorizarse cuando vio que a la niña le entraba el primer ataque de gran mal. Cuando la niña volvió en sí, la madre ya estaba ahí y la llevó a casa. No se la trató con medicamentos ni tuvo más ataques hasta un período de estrés cuando era ya adulta, que fue cuando me fue derivada. Hasta bien entrada la terapia no fue capaz de pensar del todo en el carácter abusivo de su vivencia temprana y asociar su conmoción por la descripción del profesor de la relación entre «mi» y «fa».

La música era en cierto modo un lugar seguro en el que poder cobijarse, pero a la vez tenía ecos de la experiencia de la que quería escapar. En una sesión explicaba que le encantaba la música antigua coral por su «naturaleza incorpórea», pero también hablaba de la «falsa relación» en la música de dos compositores de la época. Explicaba cómo estas notas que tenían que desentonar por su falsa relación con el resto de la música (de modo bastante similar a la descripción que había hecho su profesor de la relación entre «mi» y «fa») tenían en realidad «una cualidad sugerente, chisporroteante, como cuando se viste uno combinando el rosa y el naranja». Fuimos capaces de utilizar esta descripción para empezar a explorar la zona difícil de sentimientos sexuales «chisporroteantes» que pudo haber tenido en relación con su tío cuando tuvo lugar el abuso. Cozolino (2002) observa que «lo que Freud llamaba defensas son formas en las que se han organizado las redes neuronales ante las dificultades sufridas durante el desarrollo» (Cozolino 2002: 48).

Empecé a sentirme muy culpable en las sesiones con Susan porque, aunque quería mantener la atención, cada semana que nos veíamos tenía que luchar con unas ganas tremendas de dormir, cosa que no había padecido nunca. «¿Era porque la cita era por la tarde?», me preguntaba. Empecé a pensar en una posible contratransferencia, porque nunca me había afectado tanto ningún paciente. Cuando le pedí que viniera dos veces a la semana, me aseguré de que la segunda cita fuese un lunes por la mañana, cuando estuviese lo más despierta posible. Sin embargo, como era de esperar, diez minutos después de empezada la sesión empezaba a sentir la somnolencia abrumadora que me había venido en las sesiones de por la tarde. La somnolencia representaba mi experiencia de contratransferencia de su defensa disociada contra permitir saber algo de su trauma. Según fue progresando el análisis fueron surgiendo más sentimientos suyos al respecto en una serie de sueños, de los cuales he seleccionado varios, recogidos en el capítulo 8. Sufrió una pérdida repetida del cuidador principal (primero su madre, luego su tía, luego su madre) a una edad temprana y también en latencia. Luego sufrió abusos sexuales. Luchó toda su vida para mantener su pérdida, dolor, sufrimiento e ira almacenados en la mente implícita y lejos de la mente consciente. A medida que fue avanzando la terapia me fue siendo posible buscar las señales ocultas de rabia en los momentos en los que amenazaba la somnolencia y mi paciente empezó a ser capaz de expresar cada vez más su ira conmigo, por ejemplo aquellos momentos de separación inminente provocados por fines de semana y vacaciones. Cuando éramos capaces de encontrar una forma de hablar

de su ira, la sesión se volvía inmediatamente mucho más viva y desaparecía mi somnolencia.

Modell señala que la no comunicación de los afectos es lo que induce precisamente a esta especie de respuesta de contratransferencia en el analista. Parece ser que con frecuencia es el afecto disociado el que provoca precisamente este tipo de reacción de contratransferencia en el analista. Esta forma de lidiar con el afecto disociado no sólo puede ser defensiva, sino que puede volver a recrear la indiferencia aparente de los primeros cuidadores.

Muchas de las personas para las que el trauma ha sido prolongado acaban olvidándolo con el tiempo. Si el trauma tiene lugar antes de los 3 años de edad, no se dispone todavía de la capacidad de recordar. En el caso de niños de menos de 36 meses, el procesamiento de los recuerdos está muy limitado todavía al cerebro derecho, ya que el cerebro izquierdo, con su capacidad de procesamiento verbal y procesamiento hipocampal de la memoria, no ha entrado en juego todavía. Los «verdaderos recuerdos del trauma infantil: fallas, ausencias y regresos» de Terr (1994) son un intento de tratar de resolver el problema al que nos enfrentamos todos aquellos que tenemos que batallar con las incertidumbres que surgen tanto en el paciente como en el terapeuta, por no decir también el público en general, cuando uno se enfrenta a lo no recordado, lo recordado a medias, lo recordado a retazos, lo que se ha retenido sólo en la memoria del cuerpo pero que se ha representado en la transferencia y ha sido percibido por el terapeuta en la contratransferencia. En esto creo que tienen una ventaja los terapeutas infantiles: están más cerca del trauma y el niño suele tener formas de representarlo con gran claridad ante el terapeuta.

Terr (1994) cita cinco estudios de experiencias traumáticas «verdaderas» en niños y de esos estudios saca las siguientes conclusiones. En aquellos que tenían recuerdos del trauma, aunque recordaban con precisión el punto esencial de la vivencia, había fallos de memoria y distorsiones tanto en la percepción visual como en la percepción del tiempo. En aquéllos en los que había una ausencia de recuerdos ante traumas documentados estaba claro que los niños que tenían menos de 28-36 meses no podían recordar su trauma verbalmente, pero podrían tener memoria corporal o un vago presentimiento cuando se veían en un contexto que les recordaba el trauma. Los niños de mayor edad que habían sufrido abusos demostraban que «los acontecimientos traumáticos prolongados o repetidos eran menos fáciles de recuperar que un único acontecimiento traumático breve» (Terr 1994: 74). Los niños que no tenían recuerdos de traumas mostraban sin embargo síntomas de traumas (siendo los más frecuentes el juego repetitivo, el cambio de personalidad y los miedos relacionados con los traumas), y «el único factor asociado a no tener síntomas de traumas resultó ser el albergar recuerdos falsos» (Terr 1994: 75). Terr habla de la ausencia de recuerdos en aquellos que han sufrido un trauma prolongado y a largo plazo desde el punto de vista de la defensa, y sugiere que esos niños «han hecho acopio de todas sus defensas para mantener a raya su pánico» (Terr 1994: 75). Lo resume así:

Los niños que son lo suficientemente mayores como para recordar sus traumas pueden defenderse de los traumas prolongados o repetidos sacando los traumas de la cabeza, «suprimiendo» deliberadamente o «reprimiéndolos» inconscientemente o de forma no deliberada. Los niños traumatizados también pueden disociarse, enseñarse a sí mismos a autohipnotizarse y a entrar en planos de conciencia en los que no logran asimilar ni registrar recuerdos completos de sus traumas. Los niños pueden dividirse creando un lado bueno para sí mismos, que no sabe nada de las horribles experiencias que sí conoce su lado malo, amputado y repudiado. Pueden desviarse, concentrándose deliberadamente en algo similar pero menos cargado emocionalmente que el trauma y haciendo que se esfumen sus recuerdos. En mis evaluaciones de adultos que han perdido parte de los recuerdos o todos los recuerdos de los traumas de la infancia, me he encontrado con que esas cinco defensas pueden funcionar en contra de la memoria.

(Terr 1994: 76)

Amanda

Me gustaría presentarles a Amanda. He escrito más a fondo sobre la emergencia de los recuerdos en su tratamiento en el *Journal of Analytical Psychology* (Wilkinson 2003). Amanda sólo recuerda una relación difícil con su madre. Eran tres hermanos. Creía que los otros dos hijos eran especiales, porque su hermana era muy guapa y era la preferida de su madre, y su hermano era especial porque era el único hijo varón. La madre le puso un apelativo, casi mote, que le hizo sentirse fea y que contrastaba con el nombre cariñoso que le había puesto a su hermana, que sugería belleza. Quería mucho a su padre y de él es de quien se sentía más cercana. Una noche, cuando tenía seis años, en la cama de la habitación que compartía con su hermana, oyó pelearse a sus padres con violencia en el piso inferior, como hacían muchas veces. El padre subió las escaleras. Pudo verlo parcialmente porque la puerta de la habitación estaba abierta. Al entrar en su campo de visión se cayó hacia delante, haciendo un estruendo tremendo, y se desplomó en el rellano. Amanda se dio cuenta de estar sollozando y se metió en la cama con su hermana mayor. La madre subió rápidamente las escaleras, gritó a los niños que dejaran de llorar y cerró de un portazo la habitación de las niñas. Amanda estaba segura de que su padre estaba muerto, y de hecho había muerto en el acto. La madre reconoció más tarde que, para mantener a los niños alejados del dormitorio en el que estaba el cuerpo del padre, les había dicho que no estaba muerto. Al día siguiente les mandó a la escuela como si no hubiese pasado nada. Amanda se sentía completamente confundida. Estaba segura de que su padre estaba muerto. Ese mismo día, un poco más tarde, oyó por otros niños de su calle que su padre había muerto.

Al poco tiempo, la madre llevó a los niños a un internado, después de decirles que lo había decidido así porque iba a acabar matándose. Era un internado en el que todos los niños habían perdido por lo menos a uno de sus padres, y algunos a ambos. Amanda estaba aterrorizada por lo que pudiese hacer su madre y era extremadamente infeliz en aquella escuela. Los ojos se le pegaban y se le infectaban con frecuencia. Solía arrancarse las pestañas como si quisiera evitar ver el aprieto en el que estaba y evitar echarse a llorar. También se veía aquejada de picores de piel, que era algo de lo que se quejaba su padre las semanas anteriores a su muerte. No era capaz de aprender y abandonó la escuela sin ningún diploma. Se casó joven, tuvo hijos y más tarde, con ayuda de terapia, fue capaz de obtener educación superior y una carrera.

Los hechos pertenecientes al trastorno temprano relacionado con el haber sido testigo de la muerte repentina de su padre cuando era pequeña permanecieron en su consciencia. No olvidó nunca el ruido que había hecho su padre al caer. Su hermano descubrió que el sonido le asustaba y lo hacía frecuentemente para molestarle y, sin duda alguna, para dar salida a sus propios sentimientos relacionados con el suceso. Aparte de eso, Amanda había olvidado gran parte de su infancia y no tenía recuerdos visuales de lo que había visto de la muerte de su padre. Según iba sintiéndose más cómoda con la terapia y empezaba a tener *flashbacks* y a trabajarlos con la terapeuta, de repente falleció ésta de forma inesperada. Amanda se despidió de ella antes de un descanso de dos semanas y no

volvió a verla más. Varios meses después, Amanda llegó a mi consulta en un estado de atontamiento, confusión y terror. Tardó mucho en remitir este estado. Una vez, cuando me dio un ataque de tos, la aterró que pudiese morir en ese momento. Trabajamos sus sentimientos con respecto a mi vulnerabilidad durante muchos meses, especialmente en los descansos de la terapia y en los aniversarios de la pérdida y la muerte de la terapeuta. Poco a poco, pero con seguridad, fueron desapareciendo, por este orden, el atontamiento y la confusión, y empezó a ser capaz de pensar y fue capaz de volver a trabajar en la tesis para la obtención de un título superior que había dejado aparcada.

Los pacientes que han sufrido traumas tienen hipervigilancia y pueden tener *flashbacks* que pueden activarse por un estímulo que se asemeje de alguna forma a la mala experiencia del pasado, y como el patrón cerebral se adapta para protegerlos de una repetición del trauma, el paciente se ve abrumado por una experiencia que tiene un aspecto de «aquí y ahora» en lugar de «allí y entonces». Dieciocho meses después, Amanda se sentía capaz de contarme un *flashback* especialmente aterrador que le había venido hacía tres años, pero en el que sólo había podido empezar a pensar hacía poco. Había estado sentada en un telesilla con su marido, feliz, con los dos niños delante de ellos, subiendo a una montaña. Recordaba la belleza de aquel día y a las otras familias, alegres y felices, subiendo y bajando en el telesilla también con niños, cestas de pícnic y mascotas sobre las piernas. De repente se había vuelto extremadamente consciente del ángulo de la pendiente de la montaña con respecto al telesilla, y la escena se convirtió en una verdadera pesadilla al «ver» cestas de pícnic, mascotas e incluso niños salir despedidos del regazo de los viajeros en el que iban, seguidos por los propios viajeros. El marido se dio cuenta de que se había quedado pálida y que estaba templando. La ayudaron a bajarse con dificultad de la silla en la cima, y allí intentó explicar a su familia, alarmada, lo que había pasado. Al analizar el incidente conmigo, Amanda se preguntaba si lo que había pasado era que el ángulo que vio entre la pendiente y el telesilla se había parecido a los ángulos que había visto en las escaleras y en el cuerpo de su padre que caía en el momento de su muerte. Hasta ese momento, aunque sí recordaba el ruido que había hecho su padre por los repetidos intentos de su hermano de recordárselo, no había sido capaz de recordar lo que había visto por la puerta que estaba abierta.

En las semanas después de haberme contado esta historia y de haber experimentado los sentimientos asociados a ella y a las dos muertes, mi paciente parecía mucho más capaz de tomar la iniciativa en la vida y de hacer cosas. Dos meses después me dijo que el sentimiento que había tenido de estar muerta había desaparecido al contar el incidente y no había vuelto.

Desde un punto de vista del procesamiento de información, Brewin *et al.* (1996) presenta una teoría de representación dual del efecto del trauma en la memoria, una explícita y accesible verbalmente, y la otra implícita y accesible de manera situacional, activada automáticamente por pistas situacionales. Brewin y Andrews sugieren que los *flashbacks*, con una activación repetida y una entrada en la memoria de trabajo, pueden acabar integrados en los recuerdos biográficos normales (Brewin y Andrews 1998: 964-

5).

Se ha discutido mucho sobre las cuestiones que rodean la recuperación de los recuerdos y la exactitud de los recuerdos que salen a la superficie en la consulta. Aunque sigue el debate sobre los recuerdos falsos, deberíamos ser conscientes de cómo la memoria emocional en continuo cambio puede ser, de hecho, un aspecto benigno del trabajo analítico, por el hecho de que el volver a contar (desde lo explícito) o volver a vivir (desde lo implícito) recuerdos en presencia del analista puede llevar a una modulación de la cualidad del afecto asociado al recuerdo, modificándolo así, en el caso de un recuerdo traumático que ayuda gradualmente a conseguir que lo no manejable se convierta en manejable.

Los investigadores están explorando técnicas y farmacoterapias que podrían ayudar al olvido de recuerdos emocionales no deseados (Miller 2004). Por medio de resonancias magnéticas funcionales, los investigadores han sido capaces de mostrar que cuando los voluntarios querían suprimir un recuerdo se activaba la corteza prefrontal (sede del control ejecutivo) y disminuía la actividad en el hipocampo (centro clave de la memoria). Es posible que los terapeutas especializados en traumas pongan en funcionamiento un proceso similar cuando piden al enfermo de TEPT con su experiencia de *flashback* que le inquieta constantemente que la «tire a la basura» cuando salga a la superficie. También es posible que opere una técnica similar cuando los niños o adultos recuerdan un incidente traumático y se les pide que lo vuelvan a contar, esta vez tomando el control, dando un nuevo significado a su final, o contando la historia en términos analíticos y empezando a tomar un poco de distancia según la van compartiendo una vez más en el entorno seguro de la relación analítica. La toma de resonancias magnéticas mientras se usaban estas técnicas de «reevaluación» reveló que la corteza prefrontal se encendía, mientras que la amígdala se iba aplacando. Miller (2004) señala que «algunos estudios han encontrado un aumento de la actividad de la amígdala y una disminución de la actividad de la corteza prefrontal en las personas deprimidas [...] que puede indicar que las personas con depresión tienen una menor capacidad de acceder a las redes de reevaluación» (Miller 2004: 35). Señala que un pequeño estudio demostró que diez sesiones de estimulación magnética transcraneal (EMT) en la corteza dorsolateral prefrontal tenía un afecto terapéutico en diez enfermos de TEPT. Podría decirse también que la curación por la palabra, de la que forma parte la «reevaluación», también puede ayudar a mejorar el control cortical de la actividad de la amígdala. Algunos abogan por un método basado en fármacos, al ver que los recuerdos de acontecimientos significativos desde el punto de vista emocional son reforzados por las hormonas del estrés, como por ejemplo la adrenalina. En su opinión, el uso de fármacos como el propranolol, que se suministra a personas que han sufrido un incidente traumático repentino como un choque de trenes o de automóviles, podría reducir la incidencia del TEPT.

Se sabe desde hace mucho que cierto nivel de activación fisiológica, con la descarga de adrenalina resultante que le acompaña, refuerza el recuerdo. No obstante, la gente se ve desconcertada y a veces es crítica con aquellos que, en circunstancias de

desesperación e impotencia extremas, que pueden acompañar a una vivencia traumática o de abuso, pierden la memoria y recuerdan sólo en el cuerpo hasta que determinada circunstancia activa el recuerdo. Consideremos por un momento la calidad de la experiencia de abusos y el posible efecto en el recuerdo que tenga de ella el enfermo. La experiencia de sentirse impotente ante el peligro pone en juego todos los mecanismos básicos de supervivencia que poseemos. Esta respuesta incluye la liberación de epinefrina y norepinefrina que permiten que el hipotálamo active los mecanismos de defensa más básicos para asegurar la supervivencia del individuo y de la especie, es decir, el mecanismo de lucha o huida, y que intensifican la memoria para esa vivencia. Cuando entra en juego el sistema nervioso simpático, tiene lugar una activación fisiológica que promueve la energía, provocando aumentos del azúcar en sangre y de las frecuencias cardíaca y respiratoria, así como una dilatación de las pupilas y un aumento del tono muscular y de la actividad mental.

Aun así, si el agitado trastorno asociado al trauma se cobra su precio, y si la sensación que se tiene es que la respuesta de lucha o huida es imposible, sobrevienen la desesperación y la impotencia, y el sistema límbico ordena la reacción de parálisis. El sistema nervioso parasimpático toma el control e inhibe la actividad, reduce las frecuencias cardíaca y respiratoria, disminuye la presión arterial, relaja los músculos y estrecha las pupilas, a pesar del aumento de adrenalina en circulación provocado por la fase anterior de hiperactivación fisiológica. Entonces es cuando tienen lugar la desvinculación y la disociación tanto de la mente como del cuerpo. La experiencia traumática, en este caso, llega a codificarse sólo en la memoria implícita, no accesible para la mente consciente.

LeDoux subraya la importancia de las conexiones entre el hipocampo y la amígdala en el procesamiento contextual del miedo (LeDoux 2002: 216) y sugiere que «si el grado de activación emocional es moderado durante la formación del recuerdo, éste se ve reforzado. Sin embargo, si la activación es fuerte, especialmente si supone un fuerte estrés, entonces se ve obstaculizado el recuerdo» (LeDoux 2002: 222). LeDoux cuestiona también la dominancia del sistema límbico en el funcionamiento del cerebro emocional (LeDoux 2002: 210). Da una explicación del TEPT basada en proyecciones directas de las regiones subcorticales procesadoras de los sentidos, que «encienden la amígdala e inician las reacciones emocionales antes de que la corteza haya tenido la oportunidad de descifrar a qué se está reaccionando» (LeDoux 1996: 257). Subraya el efecto del trauma en el funcionamiento del hipocampo y sugiere que al menos en algunos casos podría ser la causa de la pérdida de memoria (LeDoux 2002).

Harriet

A diferencia de Susan y Amanda, parece que el trauma temprano de Harriet ha sido puesto completamente «fuera de la mente». En su caso fue una serie de sueños lo que llevó gradualmente a tomar una conciencia incipiente de su experiencia traumática temprana. Lo que busco es demostrar la forma en que la experiencia completa interactiva, intersubjetiva, en la diada analítica, según van trabajando con estos sueños el analista y el paciente, permite la construcción del andamiaje emocional necesario para el proceso de «vuelta a la mente» del trauma.

Harriet, una mujer de mediana edad, vino a análisis cuatro veces a la semana por un aumento de sensaciones de ansiedad intensa. Harriet había oído a su madre hablar de ella diciendo que había sido un bebé difícil, como resultado de un embarazo difícil, un bebé que lloraba demasiado, para el cual no tenía suficiente leche, al cual siguió siendo difícil darle el pecho. El estado de ánimo de la madre era inestable, atacaba verbalmente con frecuencia, gritando sin previo aviso: «Y si vas a llorar, voy a darte una razón para hacerlo. ¡No te encojas conmigo!». Recuerda que la relación con su padre era de abierta hostilidad. Junto al constante abuso emocional, esta paciente sufrió un prolongado abuso sexual por su padre, con implicación de la madre, desde los 3 años o antes hasta los 9, cuando fue detectado por el médico de familia y cesó. Parece que entonces olvidó toda esa vivencia. El médico hizo que se vigilase su bienestar hasta que se fue de casa en sus últimos años de adolescencia, cuando vio que le era cada vez más difícil tolerar el alcoholismo creciente de sus padres. Cuando se afianzó bien la diada analítica, la experiencia que Harriet había desterrado de la mente por completo empezó a emerger en sueños muy gráficos y de gran intensidad que anunciaban cada vez con mayor claridad el tema del abuso. Ella sintió como si este poderoso proceso sanador surgiera de los más profundo de su ser, y su análisis hacía posible la recuperación de las sensaciones, los sentimientos y los recuerdos.

Los primeros seis meses de análisis fueron una época de experiencias de cada vez mayor regresión en la consulta, siendo tanto la analista como la paciente conscientes de la enorme cantidad de trastorno temprano «desconocido». Harriet trajo muchos sueños que apuntaban cada vez con mayor claridad al tema del abuso. Incluyo aquí dos de ellos:

Sueño «Eras demasiado pequeña»

Harriet estaba en una cama de matrimonio en su habitación, que estaba decorada toda de azul y que le recordaba a su habitación de cuando era pequeña. Había una gran fogata a los pies de la cama. La analista estaba sentada en una silla a los pies de la cama. Le dijo: «No creas que esto era para ti». Harriet le preguntó: «¿Por qué?». La analista contestó: «Bueno. Por tu edad».

Sueño «La herida puede curarse»

Harriet soñó que tenía problemas con la rodilla derecha. Se había quejado antes pero ningún médico había podido encontrar la causa de su dolencia. Ahora se volvía a

quejar de lo mismo y un nuevo médico creyó en un principio que podía no ser nada, pero al observar con mayor detenimiento pudo ver que había algo metido en la rodilla. Resultó ser una cuchilla en forma de «t» sobre la que se debió de apoyar en la época en que empezó a dolerle. La herida se había cerrado sobre la cuchilla y el problema había quedado oculto. Ahora ya le iba a curar el nuevo médico.

Por espacio de seis meses, la díada analítica decidió que era conveniente aumentar el número de sesiones a la semana. En la primera sesión justo después de decidir verse con mayor frecuencia, a Harriet le vino de repente un recuerdo de ella misma más o menos a la edad de cuatro años saliendo de la habitación, cruzando el rellano de la escalera, cogiendo a su padre de la mano y volviendo a la habitación. Vio la figura de su padre al pie de la cama, que le impedía ver el cielo azul, y luego la hebilla de metal de su chaqueta abierta que le colgaba sobre la cara. Aterrada, se desplazó en el diván para separarse de ese recuerdo y volver a la seguridad que le proporcionaba la analista.

Knox señala que el paciente, en cualquier momento, puede «verse reviviendo de repente con todo detalle el abuso de la forma más dolorosa y aterradora si algo desencadena la recuperación que depende del estado de la persona» (Knox 2001: 620). Schore hace la observación de que «en estos momentos de *flashback*, tendría lugar una recreación de la situación dirigida por la región subcortical derecha, codificada en la memoria implícita, en forma de una fuerte desregulación fisiológica autónoma y un estado motivacional de terror e impotencia altamente averso (Schore 2002: 29). Subraya cómo

hasta los estresores interpersonales de baja intensidad procesados de la manera más subliminal podrían activar las experiencias aterradoras y dolorosas no moduladas de la historia más temprana de una persona que están grabadas en los circuitos de la amígdala y el hipotálamo.

(Schore 2001b: 227)

Su conclusión es que la disociación refleja «una grave disfunción de los sistemas organizados jerárquicamente del cerebro derecho, que realizan funciones de apego, regulación de afectos y modulación del estrés, los cuales a su vez dificultan la capacidad de mantener un sentido del sí-mismo coherente, continuo y unificado» (Schore 2002: 32).

Varios días después, Harriet soñó algo que era una nueva versión de un sueño aterrador que le había perseguido desde la infancia, pero cuyo significado se hacía patente ahora:

Sueño «Perseguida»

Harriet estaba en una habitación del piso de arriba en una casa de su propiedad. Había amigos acostados en las otras habitaciones. Era una noche de helada, así que encendió la calefacción. Eso fundió el hielo que había en los encajes del techo. Bajó

corriendo y sin esfuerzo las preciosas escaleras en curva de la casa hasta llegar a la habitación en la que los niños estaban viendo un programa de televisión para adultos sin permiso. Apagó el televisor y salió al jardín. Era una noche cerrada y según volvía a la casa se dio cuenta de que estaba lloviendo. Podía ver la lluvia al mirar hacia la casa iluminada de enfrente y que en ese momento parecía transparente, casi de cristal. De repente empezaron a salir de ella rayos de luz, líneas rectas vibrando. Temía que la alcanzasen y la matasen. Se acercó lentamente al muro de contención del jardín según iba andando por el camino de la casa. Seguía temiendo que la matase algún rayo. Vio a un hombre salir con una piedra oblonga enorme, monstruosa. La levantó. Ella pensó: «Me va a matar». Él no la vio. El hombre se acercó. Ella pensó: «Aquí se acaba todo. Ahora sí que me va a matar». Él levantó la piedra para golpearla. Nada. Vacío.

Al comentarlo se vio claro que Harriet había vivido el regreso de un recuerdo como una serie de sacudidas, igual que los destellos de los rayos del sueño, sentía físicamente y tenía reminiscencias del acto sexual que sólo recordaba en parte. La descongelación de pensamientos que habían quedado congelados por un mecanismo de disociación (que había entrado en juego para ayudarle a sobrevivir y que ella recordaba como «escapar por el techo») quedaba representada en el sueño en la descongelación de los ligeros encajes del techo. Harriet tenía la sensación de que el recuerdo que estaba volviendo había sido recuperado de forma distinta a los recuerdos ordinarios y describía este proceso como *memoring*.⁹ Sus recuerdos tendían a volver en forma de fragmentos, cada uno de ellos acompañado de sentimientos de vergüenza, de horror y de dolor físico intenso, bien de cabeza o bien de «barriga». A pesar de las lágrimas simbolizadas por la lluvia en el sueño, Harriet siguió incapaz de llorar. El dolor de la contratransferencia esta vez era intenso.

Levin y Modell, citados en Pally (2000), han llamado la atención hacia el papel de la metáfora como agente a la hora de facilitar que emerjan los recuerdos, por su poder para restablecer el funcionamiento integrado de los dos hemisferios del cerebro después del trauma. Pally comenta al respecto que «al contener elementos sensoriales, visuales, emocionales y verbales, se cree que las metáforas activan múltiples centros cerebrales simultáneamente» (Pally 2000: 132). Los sueños de Harriet y la experiencia metafórica visual tan viva de Amanda anunciaban la recuperación del recuerdo emocional de un acontecimiento disociado, cuyo componente visual había sido almacenado en el banco de memoria del hemisferio derecho del cerebro. El contarlo había permitido que parte de la experiencia original pasase a disposición del izquierdo. Affeld-Niemeyer sugiere que «no es la recuperación del abuso propiamente dicho lo que promueve el progreso en la terapia, sino las simbolizaciones que van desarrollándose» (Affeld-Niemeyer 1995: 38). Uno espera que esto sea así si la metáfora tiene verdaderamente esa capacidad tan extraordinaria de producir cambios en el cerebro.

Resumen

Cuando el recuerdo implícito se hace efectivo de alguna forma en la mente consciente, por su propia naturaleza no puede volver como recuerdo, o como serie de recuerdos, del acontecimiento real original. No puede regresar de esa forma porque no ha sido codificado de esa forma. Los ejemplos que hemos puesto en este capítulo dejan claro lo importante que es para los pacientes procesar el material almacenado en el recuerdo implícito, pero también cómo ese tipo de recuerdo, volviendo como lo hace, de forma simbólica, no es apropiado con fines de argumentación o discusión. Como muy bien dijo Harriet, «Yo me angustié en cuanto empezaron a salir a la superficie fragmentos de recuerdos. Muy pronto me encontré sintiendo que tenía que reconocer lo que iba saliendo a la superficie como lo que era, la dinámica de mi mundo interior, fuese cual fuese en realidad su verdad o falsedad». Algunos de los recuerdos de Harriet que habían sido tan aterradores que estaban disociados emergieron de la fuente de *memoring* en forma de sueños. Tengo que subrayar que fue su traer a la memoria la experiencia que había tenido al despertarse y recordar el sueño, o el hablar sobre los sueños en la consulta, lo que se acabó arraigando en la memoria discursiva y codificando en la memoria explícita, no los pequeños detalles sobre la experiencia «perdida» propiamente dicha. Chefetz nos recuerda que «los pacientes suelen referir con regularidad episodios de su vida no recordados con anterioridad que tienen implicaciones muy profundas» (Chefetz 1999: 376-7). Me uno a él y sugiero que «tenemos que ejercer una incertidumbre sensible ante lo que oímos y enseñarles a permitirse no saber las cosas a ciencia cierta» y ser a la vez capaces de tolerar pensar lo impensable.

Notas al pie

8. N. del T.: En inglés, la autora emplea la transcripción sonora de las sílabas. Escribe «me» como transcripción fónica de «mi» (nota musical), para aludir a la coincidencia sonora entre dos palabras con distinto significado pero con igual sonido: «mi» (nota musical) y «me» (en español «mí», pronombre personal de objeto tónico), que se pronuncian igual en inglés. Lo mismo ocurre con «fah», transcripción sonora de «fa» (nota musical) y a la vez primera sílaba de la palabra *father* (padre).

9. N. del T.: En inglés no existe un verbo *to memory* del que pudiese surgir el gerundio *memoring* como forma nominal. Podría traducirse literalmente como «memoriar», y más libremente, adaptándolo al texto, como «emergencia de recuerdos».

CAPÍTULO 5

EL SISTEMA DEL MIEDO Y EL *KINDLING* PSICOLÓGICO EN EL CEREBRO-MENTE

La explosión del afecto es una completa invasión del individuo. Se abalanza sobre el individuo como un enemigo o como un animal salvaje.

(Jung 1928: párr. 267)

En este capítulo voy a describir el circuito del miedo y voy a hablar de la regulación de la afectividad en la diada analítica desde el punto de vista de sofocar o aplacar la respuesta de *kindling* en aquellos pacientes que han sufrido un trauma relacional temprano y abusos en la infancia. En el material clínico que aparece más adelante, dentro de este capítulo, mi intención es demostrar tanto la respuesta de *kindling* como su extinción o enfriado (*quenching*,¹⁰ en inglés) con material tomado de sesiones analíticas con dos pacientes, a fin de mostrar cómo el análisis puede, en efecto, cambiar la mente y permitir el desarrollo del sí-mismo.

En todo el libro insisto en la importancia de la calidad de la relación temprana madre-hijo a la hora de determinar la capacidad del niño de crear una base segura desde la que explorar el mundo con confianza. Eagle (2000: 126) nos recuerda «que a los niños les ocurren acontecimientos traumáticos reales y que estos acontecimientos reales ejercen una fuerte influencia en el desarrollo del niño, en la forma en que el niño percibe el mundo y se relaciona con los demás en el futuro». Añade además que ésta es la base sobre la que «se construyen o se rompen las vidas» (Eagle 2000: 126). La experiencia traumática determina inevitablemente la naturaleza de los modelos de trabajo internos. Van der Kolk señala que la investigación sobre los traumas ha «abierto todo un mundo de información sobre cómo las experiencias extremas en todo el ciclo vital pueden tener un profundo efecto en la memoria, en la regulación afectiva, en la modulación biológica del estrés y en la capacidad para las relaciones interpersonales» (Van der Kolk 2000: 19). La experiencia de peligro permitida por el cuidador primario o incluso de manos de éste pone en juego los mecanismos más básicos que tenemos para sobrevivir.

El circuito del miedo

La capacidad de la amígdala de responder al peligro produce una respuesta casi instantánea en el cuerpo en forma de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como de la presión arterial, y de una mayor capacidad de reacción de la musculatura del cuerpo. Al mismo tiempo, la corteza cerebral empieza a evaluar la gravedad de la amenaza. Si la evaluación es que el peligro es insignificante, entonces el mensaje enviado a la amígdala apacigua y reprime la respuesta de miedo. Por otro lado, si la sensación es que el peligro es tan grande que la única posibilidad de sobrevivir es «hacerse el muerto», entonces entra en juego el sistema nervioso parasimpático y extingue la hiperactivación fisiológica iniciada por la respuesta de miedo original. Como esta actividad tiene su origen esencialmente en la amígdala, va a quedar grabada en la memoria implícita y fuera del alcance de la mente consciente, pero va a seguir ahí no obstante para dar forma a la respuesta de miedo cuando se perciba más adelante una amenaza similar (ver la ilustración 5.1).

«Cada glándula produce y libera hormonas en el torrente sanguíneo. La flecha muestra el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA), que controla la liberación de la hormona del estrés llamada cortisol» (Gerhardt 2004: 60).

Las señales de peligro tanto innatas como aprendidas pueden hacer que las células de la amígdala se activen con rapidez, saltando la guardia del GABA e iniciando una respuesta en las áreas de control motor. Como aprender sobre el peligro es tan importante para sobrevivir, el circuito está predispuesto para reaccionar a estímulos asociados con cualquier experiencia de miedo anterior, desencadenando a veces una respuesta que no se ajusta al entorno del momento, reacción que afecta a los enfermos de TEPT. Una vez activados de esta forma, estos enfermos pueden seguir así por un tiempo prolongado. La amígdala recibe también *inputs* modulatorios que reducen la ansiedad, como por ejemplo las fibras de serotonina que terminan aquí. La serotonina excita las células del GABA y aumenta así la capacidad de inhibición de la respuesta de pánico. Fármacos como el Prozac, que funcionan aumentando los niveles de serotonina, y el Valium, que aumenta la actividad del GABA, pueden reducir los niveles de ansiedad (LeDoux 2002: 63).

La hipótesis de Rosen y Schulkin (1998) es que:

durante el estrés psicosocial, y después de éste, los circuitos (normales) del miedo pueden estar excesivamente activados y una combinación de procesos conductuales y biológicos lleva a la formación de circuitos del miedo hiperexcitables [...] convirtiendo la emoción normal del miedo en una ansiedad patológica.

(Rosen y Schulkin 1998: 325)

Subrayan que:

el núcleo central de la amígdala podría ser importante para el miedo relacionado con

detonantes específicos, el núcleo del lecho de la estría terminal con el miedo no específico, y el núcleo basolateral de la amígdala con ambos tipos de miedo.

(Rosen y Schulkin 1998: 327)

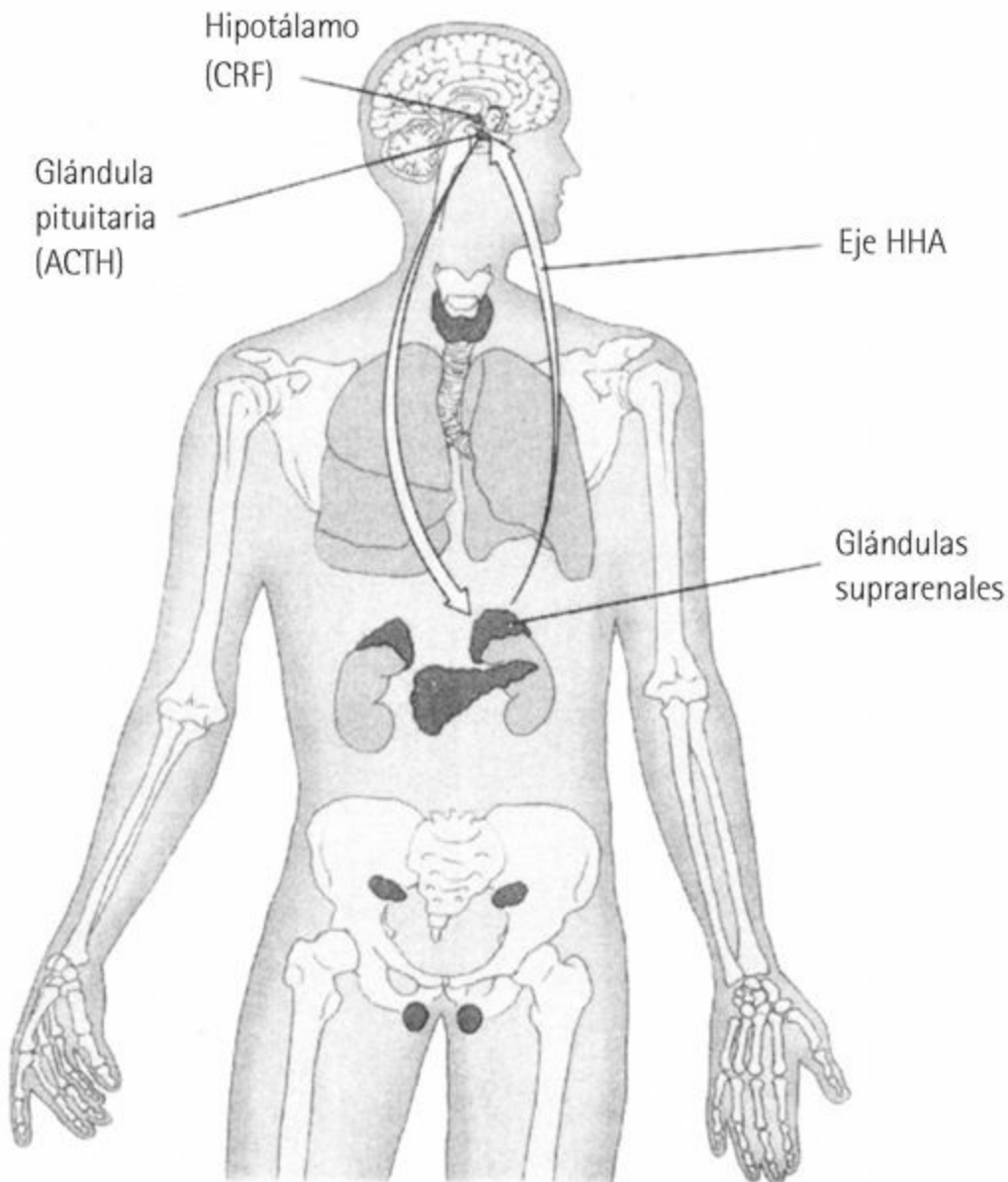


Ilustración 5.1. La liberación del cortisol, hormona del estrés

Fuente: Gerhardt 2004: 60

También ponen el énfasis en que otras regiones cerebrales, en especial el hipocampo y la corteza prefrontal, intervienen en el procesamiento y la expresión del miedo. Su conclusión es que «para una comprensión total de las emociones se necesitan teorías que integren la amígdala con muchas regiones y sistemas cerebrales» (Rosen y Schulkin

1998: 328). Subrayan que la sensibilización a los estresores puede hacerse duradera y difícil de tratar, añadiendo que «en el cerebro se forman [...] engramas indelebles» (Rosen y Schulkin 1998: 331). Un estudio de Naccache *et al.* (2005: 7713) ha indicado que hasta palabras subliminales pueden desencadenar procesos cerebrales de larga duración desde el punto de vista de la respuesta de la amígdala a estímulos que den miedo o amenazantes.

El *kindling* psicológico

El *kindling* psicológico es el patrón distinto de respuestas neuronales en el cerebro que sigue al trauma emocional, por el cual se activan en respuesta a estímulos internos en lugar de a estímulos externos, haciendo que surjan *flashbacks*, ataques epilépticos y pesadillas. Scaer (2001b) señala la tendencia a la respuesta de parálisis que lleva a la defensa de disociación en niños que han sido expuestos a un abuso sexual infantil y por ello su mayor tendencia a que aparezcan en ellos síntomas de disociación en experiencias traumáticas posteriores cuando son adultos. Levine (1997) sugiere que cuando se ha obtenido una respuesta de parálisis ante una impotencia irresoluble y se queda sin resolver, «una disociación reiterada persistente con una recompensa endorfinérgica asociada podría potenciar el reflejo traumático de *kindling* psicológico». (Scaer 2001b: 76). La hipótesis de Post y Weiss (1998) es que la repetición de acontecimientos que actúan como detonantes trae consigo consecuencias más graves y duraderas que los acontecimientos aislados, por nefastos que sean. Puede haber también una progresión similar al *kindling* en la generación de *flashbacks*, que puede estar desencadenada en un principio por detonantes ligados al acontecimiento original y luego empezar a aparecer de manera más espontánea (Post y Weiss 1998).

Panksepp (1998) describe una investigación experimental con ratas que ilustra lo potente que puede ser esa asociación. Después de cuatro días de juego como punto de partida, se introdujo olor a gato en la cámara de juego, lo cual hizo que los animales mostrasen una inhibición a jugar de hasta cinco días seguidos. Su conclusión es que «el olor a gato puede despertar de manera innata el sistema de miedo en el cerebro de la rata, y que este sistema emocional acaba asociado con rapidez en con las pistas que da el contexto de la cámara» (Panksepp 1998: 19). Aunque pide cautela a la hora de extrapolar al hombre las conclusiones de la investigación con animales, Panksepp sugiere que hay importantes áreas de coincidencia, especialmente en las áreas de motivaciones y emociones básicas. Está claro que el olor a gato es un miedo específico de una especie determinada, pero esta investigación da sentido a las fuertes respuestas que tienen los pacientes de los que se ha abusado cuando en la «cámara» de la consulta las pistas del contexto les «recuerdan» el abuso.

Se hizo una investigación sobre la naturaleza de los recuerdos traumáticos usando una provocación de síntomas a partir de guiones internos, es decir, la producción de un guion que recuerda al trauma que se les pone a los pacientes cuando se los escanea. En pacientes con síntomas de TEPT reveló la formación de una experiencia de tipo *flashback* junto a un aumento significativo de la frecuencia cardíaca con respecto a la del nivel de referencia, así como patrones de conectividad en el cerebro marcadamente diferentes con respecto a los provocados por la respuesta de enfermos traumatizados que no habían desarrollado síntomas de TEPT. Los enfermos de TEPT mostraron un patrón de memoria mucho más no-verbal que los enfermos traumatizados que no habían desarrollado el patrón de reacción exagerada asociado al *kindling* y al TEPT (Lanius *et al.* 2004: 36). Urge una mayor investigación de los patrones de conectividad neuronal en

lugar de en áreas concretas del cerebro, que va a ser decisiva para poder llegar a una comprensión adecuada de los distintos trastornos de ansiedad (Lanius *et al.* 2004: 43).

En la consulta, frecuentes estados de hiperactivación fisiológica y la aparición de *flashbacks* puede agravar el proceso de *kindling* (Post y Weiss 1998; Scaer 2001b). La regulación afectiva debería ser, por ello, un aspecto que formara parte de la empresa analítica. Esto significa que el analista tiene que vigilar la aparición de cualquier signo de *kindling* psicológico e intentar impedir que se forme un estado de *kindling* en el paciente, con su inevitable liberación de una «sopa» tóxica de sustancias químicas en el cerebro. El estado de *kindling*, una vez activado, puede quedarse flotando bastante tiempo, con efectos perjudiciales para el estado mental y el bienestar general del paciente. Los niveles de cortisol pueden aumentar, provocando daños en el hipocampo y el tálamo. ¿Cómo puede ayudar el analista al paciente a salir de un proceso interior destructivo como éste? A menudo suele ayudar el empezar a hablar más despacio, emplear un tono de voz tranquilo y, muchas veces, más grave, hablando «en tonos pastel en lugar de en colores primarios», como decía Williams (2004). También puede ser que el terapeuta establezca contacto con el paciente mirándole a los ojos de forma que haya «apoyo» en la mirada, por así decir. El objetivo en sí no es consolar ni evitar el material que esté saliendo a la superficie, sino hacer posible que el paciente permanezca «en la mente» y sea capaz de trabajar. Me refiero concretamente al «apoyo» simbólico. Algunos colegas que trabajan en campos afines relacionados con la terapia de traumas están explorando técnicas que incluyen un apoyo, un sostén físico. Por regla general, no creo que el contacto físico sea útil en el contexto analítico porque puede hacer difícil el mantener el espacio simbólico, que es un aspecto intrínseco del encuentro analítico. Los colegas que trabajan en el campo de la terapia de traumas subrayan que cualquier uso del contacto físico, aunque tiene la ventaja de acceder a otras vías de acceso al cerebro, requiere una evaluación muy delicada de si es lo apropiado o no, ya que a los pacientes que han sufrido traumas físicos debidos a un ingreso hospitalario, un abuso físico o sexual o, en algunos casos, un trato sin imaginación, todos ellos en edad temprana, les va a aterrorizar que la experiencia se concrete en la consulta, y la propia técnica que estaba pensada como ayuda puede acabar retraumatizándolos.

Una paciente describía su experiencia repetida de verse presa de un *flashback* como algo que una vez que había empezado la catapultaba inmediatamente a un universo paralelo, algo así como la precipitación súbita de Harry Potter al andén nueve y tres cuartos (Rowling 1997). En esos momentos va a depender mucho de la tranquilidad que sea capaz de mantener el analista ante todo lo que vaya empujando con urgencia consciente o inconscientemente hacia lo contrario. Un tono más grave y hablar más despacio ayudan a contrarrestar las respuestas desencadenadas en el paciente por el flujo repentino de adrenalina y sufridas por el analista en la contratransferencia. Sería posible ayudar al paciente a modificar su experiencia usando una simple frase como «fue en aquel entonces, no ahora». Cozolino (2002) sugiere que esto es eficaz porque estimula el área de Broca y estimula el funcionamiento más integrado de los hemisferios derecho e izquierdo. Este proceso de curación en un primer momento no es hacer consciente lo

inconsciente, como en el caso de la interpretación, sino que es la experiencia interactiva dentro de la díada analítica lo que permite el desarrollo de la capacidad reguladora y de la función reflexiva. Fonagy sostiene que «la capacidad de representar la idea de un afecto determinado es determinante a la hora de lograr controlar el afecto abrumador» (Fonagy 1991: 641). Para lograr esto, las interpretaciones tienen que estar fundamentadas en la experiencia emocional que tiene lugar en el seno de la díada analítica en lugar de ser meramente cognitivas y basadas principalmente en el uso sólo del hemisferio izquierdo. Beebe y Lachmann (2002) describen el proceso analítico como «un proceso interactivo coconstruido [en el que] las cuestiones de dinámica discursiva y la negociación paso a paso, momento a momento, de la relación fluctúan entre el primer plano y el segundo plano» (Beebe y Lachmann 2002: 17).

El *kindling* en el proceso analítico: Lucy

El trabajo en consulta, con su foco de atención en la transferencia, requiere la presencia de respuestas emocionales que vienen de vestigios de memoria implícita, emocional y amigdalina que afectan profundamente a la forma que tiene la persona de percibir a los demás y relacionarse con ellos. Cuanto más traumática es la experiencia traumática temprana del paciente, más necesario es que el analista tenga esto firmemente presente. La forma de trabajar del analista, de contener y moderar el afecto evocado, va a determinar que una experiencia desate un proceso de *kindling*, es decir, que active una respuesta de emergencia donde no hay ninguna emergencia, liberando una sopa tóxica de sustancias químicas en el cerebro y retraumatizando al paciente, o que permita el proceso de *quenching* que luego haga posible el análisis de la transferencia. LeDoux comenta al respecto: «La mayor parte del tiempo el cerebro mantiene bastante bien unido el sí-mismo [...]. Si el sí-mismo puede desmontarse por experiencias que alteran las conexiones, entonces se supone que también puede volver a montarse mediante experiencias que crean, cambian o renuevan conexiones» (LeDoux 2002: 307).

La dificultad que entraña este trabajo puede ilustrarse con el ejemplo de un analista y un paciente que había sufrido ingresos hospitalarios tempranos y frecuentes para un tratamiento bastante duro y doloroso cuando tenía menos de tres años. Su especialista había sido hombre. Su dolencia necesitaba un tratamiento bastante duro también en casa. Quedó sin acceso a la mayor parte de esa experiencia, pero la retuvo en el banco de memoria emocional, amigdalina. Lucy era una hija única cuyo padre había fallecido en un accidente de tráfico al poco de nacer ella.

En un día de mucho calor, Lucy estaba de pie junto a la puerta de la casa de la psicoanalista esperando a que le abriesen, y un trabajador de la casa de al lado se dijo en voz alta: «¿Coca-cola? ¡Ah, claro, por supuesto! ¡No estaría nada mal!». Lucy supuso que él creía que ella vivía ahí y que esperaba que ella le ofreciese una Coca-cola. Entró en la consulta y le contó, divertida, la historia a la psicoanalista.

ANALISTA: Algo que todos queríamos.

La analista creyó que era a Lucy a quien le apetecía una Coca-cola, una buena «toma», una buena dosis para empezar la sesión. Se estaba dando cuenta por la contratransferencia de algo bastante complejo en aquel primer momento. Había un fuerte deseo por parte de Lucy de una buena sesión, una buena dosis o alimento antes del descanso del fin de semana. En alguna parte, en otro nivel, sentía algo distinto que fue lo que evocó la observación que, para su sorpresa, se encontró haciendo al comienzo de la sesión. Lo que no sabía era que Lucy aborrecía verdaderamente la Coca-cola, que asociaba al hospital y a su madre. Lucy creyó que era la analista la que quería estar sentada afuera bebiendo una Coca-cola en lugar de trabajando con ella en la consulta. A nivel inconsciente, Lucy percibió inmediatamente al trabajador de la construcción como el médico que tanto le había hecho sufrir y a la analista como la madre necesitada y

aparentemente negligente que bebía Coca-cola en el hospital mientras Lucy padecía manipulaciones dolorosas. Aunque en ese momento ninguna de las dos se dio cuenta, acababa de sembrarse la semilla para que comenzase un proceso de *kindling* del recuerdo traumático. Lucy pasó de trabajar con su propio material a intentar hacer de cuidadora de su analista «necesitada».

LUCY: *(Tumbada en el diván y sintiéndose incómoda)*. Hablé mucho la última vez. No te dejé mucho tiempo para hablar.

ANALISTA: Suena como si lo dijese lamentándote por ello.

LUCY: No. Sólo de forma inquisitiva.

ANALISTA: Bueno, vamos a dejarlo ahí y ver qué pasa hoy.

Lucy empezó a sentirse más agitada e intranquila y miró a la ventana y al jardín. (Lucy, de pequeña, se disociaba del doloroso tratamiento sufrido en su habitación mediante una fuga imaginaria al jardín por la esquina superior izquierda de la ventana para jugar con los demás niños que oía desde dentro). Lucy miró a la esquina superior izquierda de la ventana, la analista no se dio cuenta, pero Lucy sí se dio cuenta por un momento de lo que estaba haciendo. No se lo dijo a la analista, a la que inconscientemente estaba percibiendo como una madre que no la estaba cuidando, y ella no prestó atención a su angustia. En lugar de ello, se volvió hacia su propio sistema de cuidado de sí misma como cuando era pequeña, sin darse cuenta tampoco de ello; lo que Kalsched (1996) describía como «protector interior» había tomado el control. Inconscientemente, Lucy estaba intentando detener el proceso de activación que acababa de empezar.

LUCY: ¿Hay un estanque ahí? *(Podía ver plantas de estanque. No había ningún estanque en el jardín de su infancia)*.

ANALISTA: ¿Cómo? *(La psicoanalista se quedó perpleja. Tenía un presentimiento pero no sabía exactamente por qué)*.

De repente se oyeron las voces de los trabajadores de la casa de al lado. La paciente parecía nerviosa al respecto.

ANALISTA: ¿Quieres que cierre la ventana?

LUCY: Sí, por favor.

La analista se levantó y cerró la ventana que estaba más cerca de los trabajadores. La otra se quedó abierta. Lucy empezó a moverse con gran inquietud.

ANALISTA: ¿Quieres que cierre la otra?

Sin esperar ninguna respuesta, la analista vio que ya la había cerrado. Sorprendida, se dio cuenta de que le había invadido una sensación de peligro. Empezó a pensar, pero no podía establecer las conexiones necesarias para entender lo que estaba pasando. Ambos

miembros de la diada analítica estaban experimentando la necesidad de Lucy de disociarse, de hacer que lo que le daba miedo que siguiese ocurriendo «fuera de la mente».

LUCY. (*Sintiéndose cada vez más incómoda*). ¿Dónde está la pintura con el camino del bosque?

La analista estaba muy preocupada. Esta paciente le había dicho que se había escapado por el camino del bosque, como forma de fugarse de la habitación, en una de las sesiones más dolorosas que habían tenido juntas. Hizo un gesto hacia la pintura, dándose cuenta de que en la habitación flotaban sentimientos difíciles como los que asociaba Lucy a la pintura, e intentó sugerir esto en su respuesta.

ANALISTA: Todavía está en la habitación

LUCY: Necesito la manta. (*La cogió y se cubrió con ella. Esto le advirtió de la dificultad en la que se encontraba*). Necesito entender qué está pasando.

ANALISTA: ¿O quizá dejar que profundice para ver adónde lleva?

Lucy sintió verdadero terror y se quedó muda. El proceso de *kindling* tomó el control. La psicoanalista se preocupó aún más e intentó recuperar la situación, empezó a hablar del pasado y de la habitación del hospital en la que había estado de paciente cuando era pequeña, intentando con ello convertir el revivir de la experiencia por la paciente en algo sobre lo que reflexionar juntas. Lucy gimió en ese momento. La psicoanalista siguió hablando de la experiencia de niña de Lucy; sintiendo el terror mudo de su paciente, intentó encontrar las palabras que ella necesitaba oír. Lucy se sentía muy pequeña, como de tres años de edad. Se reacomodó en el asiento y miró a la psicoanalista a través de lo que parecía todo un abismo. Al mismo tiempo percibió un fragmento de recuerdo visual muy vivo de estar en una cuna con lados abatibles y barras negras de hierro (una cuna como aquella en la que había dormido en sus repetidas visitas al hospital en los tres primeros años de vida). El lateral abatible estaba bajado, pero no podía saltárselo y llegar a su madre, que estaba a cierta distancia y que parecía ignorar sus esfuerzos y no se movía. Luchaba por expresar algo de esto en palabras de alguna forma.

LUCY: ¿Podría acercar su silla un poco más?

ANALISTA: No, creo que tendríamos que ver si podemos arreglárnoslas así.

De haberlo pensado un poco, la analista podría haber elegido acercar un poco la silla y buscar otra forma de hacer frente a las cuestiones de poder, control e impotencia que habían ido impregnando el material y que habían culminado en esta petición. Una alternativa hubiese sido preguntar «¿Qué significaría eso?» o sugerir «¿Quizá sientes la necesidad de apoyo y no te estás sintiendo apoyada ahora mismo?», lo cual hubiese abierto la experiencia de transferencia para permitir el análisis. Quizá preguntar «¿Qué está pasando?» hubiese sido lo que mejor hubiese permitido a la paciente expresar con

palabras el *flashback* que la estaba abrumando. Fuera como fuese, el comentario que salió al final fue asimilado de tal forma que dio como resultado una experiencia, en estado avanzado, que podría definirse perfectamente como de *kindling* psicológico. Lucy volvió la espalda a la analista, se retrajo en sí misma, rígida, con las piernas arriba en posición fetal, cubiertas por la manta, el pulgar apretado contra los labios, y con algunas lágrimas que le resbalaban de vez en cuando por la mejilla. (A la paciente se le había castigado por llorar o por chuparse el dedo, el pulgar). Pasados unos minutos, se pasaba la mano por la frente como si le doliese la cabeza. Luego dijo que se sentía como si hubiese sufrido un tipo de violación terrible que hubiese estado intentando gestionar, luchando por disociarse, intentando salir de la mente, quedarse en blanco y sin sentido, sin mente.

ANALISTA: ¿Estás intentando apagar tus sentimientos por tu cuenta?

LUCY: Estoy intentando manejar la situación como puedo.

ANALISTA: Insistes en intentar sobrevivir sola, por tu cuenta. Sin mí, aunque yo esté aquí.

LUCY: (*Después de varios minutos, habla con cierta dificultad*). Eso parece un reproche bastante fuerte. Sólo estoy intentando manejar la situación como puedo.

ANALISTA: Ya sólo nos quedan unos pocos minutos.

Lucy estaba sentada erguida, con la manta doblada, moviéndose como un autómata. La sesión tocó a su fin. En la sesión siguiente, Lucy refirió que la sesión le había afectado tanto física como mentalmente, pero que también había conseguido ver con mayor claridad que nunca los aspectos más dolorosos de la relación con su madre. Para la díada analítica fue ciertamente una experiencia de transferencia de intenso dolor. Aunque el tono de la sesión quedó fijado desde el momento en que la paciente esperaba a la puerta de la casa de la analista, pensándolo bien, la analista sintió el proceso de *kindling* que provocó semejante angustia. Una forma de abordar la cuestión más receptiva con el trauma articulado hubiese podido no conducir a la experiencia de *kindling* que repitió viejos patrones con tanta fuerza. Si hubiese sido posible o no lograr esto es algo que no podemos saber.

El *quenching* en el proceso psicoanalítico: Harriet

Con frecuencia la transferencia puede convertir al analista en abusador. En la grabación del proceso de parte de una sesión que sigue a continuación, la respuesta de *kindling* evocada por la proyección en el analista fue «extinguida» (*quenched*, en inglés) por las comunicaciones del cerebro derecho en el seno de la díada. El rostro de la analista reflejó la emoción que amenazaba con abrumar a la paciente y ayudó a modificarla. Las dificultades iniciales de Harriet y el progreso del análisis reflejado en los sueños de Harriet están recogidos en el capítulo 4 (pp. XX-XX). Aquí sólo quiero recordar al lector que Harriet tenía un historial de abusos graves en el seno de la familia con poca o ninguna posibilidad de tener un entorno sanador más que el que le proporcionaba cierto contacto con una tía cariñosa. El proceso analítico fue tenso para la díada analítica porque podía ocurrir un proceso de *kindling*. Podía aparecer casi espontáneamente en cualquier momento, cogiendo a ambas por sorpresa.

Harriet empieza a gemir muy bajito y se la ve cada vez más asustada. Mira cada vez más fijamente y cada vez más tiempo seguido a la analista. La analista le sostiene la mirada. Su rostro expresa preocupación. Harriet sigue gimiendo, la paciente sigue mirando a los ojos a la analista.

ANALISTA: ¿Qué es lo que me quieres decir?

Harriet sacude la cabeza y parece confusa. Contiene la respiración y vuelve a gimotear. La analista siente sufrimiento emocional, dolor en la zona inferior del lado derecho y empieza a sentirse mal. Sigue sosteniendo la mirada a la paciente. Harriet se queda callada un rato y luego vuelve a gimotear. Parece como si intentase hablarle a la analista con los ojos.

ANALISTA: (*Con un tono de voz contenido*). Ya lo sé. (*Su cara expresa apoyo*).

El rostro de Harriet muestra una mayor tranquilidad. El gimoteo cesa por un momento. Ambos rostros se calman un poco. La comisura de la boca de la analista empieza a expresar un atisbo de sonrisa. Harriet mira a la boca y a los ojos de la analista. Empieza a devolverle la sonrisa. El gimoteo para del todo. Los ojos de Harriet se limpian de lágrimas. Después de un silencio, dice: «¿Qué ha sido todo eso?». La analista responde: «No lo sabemos todavía».

Esa noche la paciente soñó con la versión más completa de su pesadilla de la infancia, que venía repitiéndose una y otra vez, con detalles que indicaban la posibilidad de un abuso (presentado en el capítulo 4). Al día siguiente llevó el sueño a la consulta para analizarlo y fue capaz de empezar a hablar sobre él en relación con su sí-mismo de niña pequeña que gime. Creo que el intercambio que he dejado registrado aquí es ilustrativo del trabajo que se da antes del necesario proceso analítico de verbalización que tuvo lugar en la sesión siguiente. Quizá pueda considerarse ese primer intercambio como una forma de «protosimbolización».

En varias sesiones, Harriet decía asustada: «No dejes que papá entre aquí. Por favor, no dejes que papá entre aquí».

A esta petición podría reaccionarse de varias formas distintas. Mi preocupación en este caso sería cómo ayudar a deshacer la disociación sin provocar una reacción de *kindling* psicológico. Esto se hace posible porque el psicoanalista percibe y contiene los sentimientos.

HARRIET: (*Empezando a sonar asustada*). Por favor, no dejes que papá entre en la habitación.

ANALISTA: Haremos lo que tengamos que hacer.

Esto podría percibirse como algo bastante persecutorio o acosador y yo corro el peligro de que se me perciba como alguien con poder absoluto y abusivo. Mi tono de voz puede ser perfectamente aceptable para muchos pacientes, pero para los pacientes frágiles e hipervigilantes puede ser demasiado fuerte. El tono empleado va a ser determinante porque tiene que «apoyar» al paciente y a la vez mostrar el reconocimiento de lo aterradora que había sido la situación original y lo aterrador que es deshacerla ahora.

O bien: ANALISTA: Aquí estás a salvo. (*Este consuelo evita el problema.*)

O bien: ANALISTA: Parece como si fuese algo aterrador que papá entrase en la habitación.

Esto empieza a deshacer la disociación. Ayuda a la paciente a empezar a permitir que los contenidos disociados entren en la mente. Desde el punto de vista de la contratransferencia puede que me resulte difícil hacer ese tipo de comentario debido a la defensa disociadora de la paciente contra el dolor y el sufrimiento.

Más adelante puede que yo crea que es bueno decir: «Eso fue en aquel entonces, no ahora». (Esto podría ser apropiado hacia el final de la sesión, cuando ya se haya deshecho parte de la disociación, y es necesario dejar clara la diferencia entre «entonces» y «ahora» para que la paciente pueda irse con sensación de independencia y contención).

Este trabajo plantea claramente varias dificultades importantes. El primer ejemplo del trabajo realizado con Lucy puede entenderse desde el punto de vista de Stern (1995) como una verdadera desintonización en la que la analista no fue capaz de conseguir en sí misma el mismo estado interior que el de la paciente, y sólo pensar en su paciente no era suficiente porque no tenía suficiente información, ni de su paciente ni de su contratransferencia, como para entender qué estaba pasando en la habitación. ¿Cómo evitamos entonces este tipo de peligros manejando a la vez bien la cuestión de la abstinencia y distinguiendo los deseos libidinales de las necesidades de desarrollo? ¿Cómo abordamos nuestro propio deseo de apoyar a estos pacientes, algo que demandan con tanta fuerza, sin quedar atrapado en una representación de contratransferencia inútil? ¿Cómo abordamos la cuestión de nuestras propias necesidades, por ejemplo con respecto a los períodos de descanso de la terapia? ¿Cómo ayudamos al paciente a afrontar sus

caídas en el trastorno y la intensidad emocional abrumadores ligados al abuso, la aparente incapacidad de escapar de él y la experiencia concomitante del analista como abusador, y la recompensa endorfinérgica —de poca ayuda— que puede llegar a crearse en el consultorio? Schore sugiere que, donde hay un historial temprano de experiencias traumáticas de este tipo, «pequeñas perturbaciones asociadas a estreses interpersonales acaban amplificándose fácilmente y convirtiéndose rápidamente en estados de angustia intensos» (Schore 2001c: 228).

La extraordinaria capacidad del cerebro de tomar un acontecimiento determinado y hacer generalizaciones, especialmente en relación con estímulos amenazantes, hace a los hombres vulnerables a la formación de asociaciones falsas y generalizaciones falsas a partir de un acontecimiento traumático concreto para otras situaciones que no son amenazantes.

(Perry 1999: 17)

Ferro sugiere que las microfracturas en la comunicación entre el analista y el paciente son vitales porque permiten que la transferencia se convierta en «el motor del análisis, al aportar materia prima del mundo interior y de la historia del paciente». Sostiene que es esencial que la mente del analista tenga una «cualidad semipermeable, para que pueda recibir sin verse —excesivamente— invadido» (Ferro 2005: 34).

Howes sugiere que así como la experiencia que está reviviendo el paciente emana de lo que se ha definido como cerebro emocional, el analista tiene que mantenerse «límbico, en el cerebro derecho» para lograr esta empatía y mantener a la vez la capacidad de pensar. (N. Howes, comunicación inédita, 2000). Schore (2001b) comenta lo siguiente al respecto:

A la vista del papel determinante del sistema límbico tanto en los apegos como en «la organización del nuevo aprendizaje», la experiencia emocional correctora de la psicoterapia, que puede alterar patrones de apego, debe incluir aprendizaje límbico inconsciente, desde el cerebro derecho.

(Schore 2001a: 317)

El psicoanalista que quiera trabajar de esta forma límbica, desde el cerebro derecho, lo que hace es crear una experiencia diádica que refleja la interacción temprana bebé-madre. Chu (1998) advierte que «la pasividad y el callarse o contenerse por parte del terapeuta permiten que se desarrollen transferencias traumáticas» (Chu 1998: 122). Los silencios prolongados también facilitan la transferencia traumática en pacientes que han vivido abusos relacionales tempranos. Chu advierte que «estas transferencias tienen su origen en una realidad pasada y pueden volverse psicóticas desde el punto de vista funcional con gran rapidez» (Chu 1998: 122), de forma bastante parecida al caso que hemos visto de Lucy. Antes bien, una voluntad de involucrar al paciente y responder a la

mirada del paciente podrían ser parte integrante de ese tipo de encuentro analítico, como se ha demostrado en el caso de Harriet. Chu (1998) lo dilucida así:

La distancia psicoanalítica tradicional está diseñada para estimular las distorsiones de transferencia que son útiles para atravesar la armadura de las personas dotadas de fuertes defensas para poder examinar los sentimientos y las actitudes subyacentes. A diferencia de esto, muchos supervivientes de abusos sólo tienen unas defensas frágiles que los protegen de emociones subyacentes que los podrían llegar a abrumar o desorganizar. Así pues [...] la terapia debería, en general, intentar *minimizar* las distorsiones de transferencia.

(Chu 1998: 122, cursiva propia del autor)

La disposición de silla y diván, o de silla y silla, tiene que permitir a ambos comportamientos de mirarse fijamente o de «mirar fijamente a otro lado» que forman parte de la interacción normal entre la madre y el bebé. Schore (2001b) advierte que se dan comunicaciones afectivas de cerebro derecho a cerebro derecho rápidas e intensas a niveles por debajo del nivel de conciencia consciente. Subraya el valor de la atención al micromomento, señalando que hacer un seguimiento de «los fenómenos afectivos muy rápidos en tiempo real requiere una atención a una escala temporal distinta de la normal» (Schore 2001b: 71). Sugiere que de donde más puede aprender el analista es «del tono emocional de la voz, de los movimientos de los músculos de la cara, de los gestos espontáneos y las miradas de aversión [del paciente]» (Schore 2001b: 70). Brown (2001) señala que «se requiere una conciencia muy afinada para discernir y comprender esos cambios en el cuerpo que son también señales de cambios en la psique» (Brown 2001: 137). Cuando un paciente está sufriendo la extrema angustia generada por una revisión vívida del trauma, esos momentos de miradas intensas pueden ser utilizados en primer lugar por el paciente para expresar la intensidad de su angustia, y luego por el analista para modificar y regular la afectividad, por medio de sutiles cambios de expresión facial, antes de que uno de los dos llegue al punto de ser capaz de acceder al cerebro izquierdo y empezar a expresar con palabras esa experiencia llena de dolor y de sufrimiento. Brown describe precisamente uno de esos trabajos llenos de dolor y de sufrimiento en su informe sobre una terapia con una niña de diez años. Descubrió que había aprendido

a atender a mi propio cuerpo como instrumento de conciencia y de conocimiento, a esforzarme por sintonizar finamente con mis sensaciones y reacciones físicas como resonancias de contenidos psíquicos todavía no accesibles para el pensamiento consciente, a valorar mi cuerpo y a utilizarlo como medio para registrar y reconocer la contratransferencia.

(Brown 2001: 145)

El «apoyo» analítico en esos momentos es quizá el vehículo más potente para la

sanación, pero ese apoyo simbólico a veces es uno de los aspectos más importantes de la terapia, ya que ese tipo de paciente necesita saber que las violaciones tempranas de los límites que dieron lugar a tanto trauma no van a volver a suceder durante el análisis, y a la vez necesita ser impulsado desde dentro a poner esto a prueba hasta el límite. Los terapeutas pueden caer en la tentación de verse arrastrados a una recreación de la experiencia de abuso temprana, especialmente si llegan a identificarse demasiado con el paciente o si se ven presos de un deseo de reparentalizar al paciente. Sidoli (2000) advierte de lo siguiente:

Cuando el analista abandona su actitud analítica y se ve arrastrado a la acción respondiendo a las exigencias del cuerpo del paciente (actuando sexualmente o de cualquier otra forma), lo que hace el analista es repetir la conducta de la madre en la infancia, es decir, no ocuparse de la necesidad emocional del paciente ni de su sufrimiento. Se pierde por lo tanto otra vez la posibilidad de desarrollo simbólico del paciente, y es posible que se vea dañada para siempre.

(Sidoli 2000: 116)

McCann y Colletti (1994) han descrito la relación entre el analista y el paciente que ha tenido una experiencia de abuso en la primera infancia como un «baile de empatía», coreografiado y «guiado por la calidad y la consistencia de las respuestas empáticas, según las va determinando la contratransferencia del terapeuta» (McCann y Colletti 1994: 119). En el «baile» analítico, el paciente puede percibirse como víctima, quizá como consecuencia de una interpretación de transferencia demasiado penetrante que es vivida como un ataque. El paciente va a percibir entonces al analista como acosador, y el analista puede darse cuenta e intentar retroceder. Entonces el paciente percibe esto como una pérdida de empatía y el analista se convierte en algo más parecido a una madre que no consigue protegerle. Cuando el paciente está en un estado disociado, a menudo como defensa ante el abusador imaginado, entonces el analista puede sentirse como el niño víctima al que se le ha dejado solo, abandonado, en la habitación. Percibir al analista de esta forma puede despertar al abusador en el paciente. Darse cuenta de esto genera terror, vergüenza e ira. Es frecuente que la ira sólo pueda sentirse a veces en proyección y que, una vez más, el analista sea percibido como abusador, y lo incauto puede ser precisamente eso en un clima de intensa provocación de transferencia. A veces la percepción de la vergüenza y la humillación del paciente puede hacer que el analista quiera rescatar al paciente, y entonces sigue el baile.

Brown (2001), al narrar su trabajo con un paciente adulto, del que se había abusado de niño y que estaba ahora en una relación abusiva, subrayaba su propia conciencia del «abuso como fuerza aterradora, con poder de sembrar la destrucción más espantosa, y de la lucha agotadora por mantener una postura defensiva ante ese tipo de energía» (Brown 2001: 149). Tanto el analista como el paciente van a percibir la fuerza del abuso y de la lucha defensiva a medida que la experiencia de transferencia/contratransferencia oscile entre el abusador y la víctima del abuso. McCann y Colletti (1994) advierten que

«la insensibilización, la disociación, la fascinación, la repulsión, el rescatar y el culpar que se sienten en la contratransferencia pueden provocar una presión o estrés empático y sentimientos asociados de impotencia, furia, rescate y sadismo [en el analista]» (McCann y Colletti 1994: 90). Trowell (1998) describe su contratransferencia con un paciente joven: «Mis reacciones eran muy fuertes y a veces difíciles de afrontar: desesperación, miedo, culpa, ira, la seducción de ser la madre buena, idealizada, que abandona; la facilidad con la que podría haber sido la madre adoptiva cruel, sádica» (Trowell 1998: 162). Everest (1999) advierte de la necesidad de que el analista se dé cuenta de «sus propios mecanismos de disociación» (Everest 1999: 459) para poder trabajar bien con pacientes disociados. Clark (2001) advierte de lo siguiente: «El soma opresor se ve proyectado a veces de manera defensiva o inyectado en el analista, [el cual] se siente atacado físicamente tanto desde dentro como desde fuera» (Clark 2001: 107). Davies y Frawley (1994) definen las respuestas de contratransferencia del analista como «el mapa que guía al terapeuta por entre los escollos ocultos de la transferencia» (Davies y Frawley 1994: 152). Quizá entonces si la contratransferencia es el mapa, el supervisor — interno, externo, o ambos— pueda compararse con un piloto, cuya ayuda puede resultar imprescindible.

Sullivan y Gratton apuntan que «las pruebas electrofisiológicas y metabólicas de que disponemos apoyan la tesis de una posible activación excesiva de los sistemas frontales derechos en los estados de ansiedad» (Sullivan y Gratton 2002: 107). Su conclusión es que «la idea de *desequilibrios normalizadores* de función prefrontal en psicopatologías relacionadas con el estrés debe considerarse como pieza fundamental en toda terapia que aspire a buenos resultados» (Sullivan y Gratton 2002: 107, cursiva en el original).

Resumen

Entender los procesos de *kindling* y *quenching* psicológicos de la forma que he descrito resumidamente permite al terapeuta conectar de la forma apropiada con la afectividad del paciente y modular los extremos de excitación psicofisiológica excesiva que puedan darse. Prestar atención a la afectividad de esta manera fomenta un estado mental en el paciente que hace posible el trabajo de volver a la mente. Este enfoque hace posible el procesamiento analítico del cerebro izquierdo, vital en cualquier proceso de recuperación del equilibrio, que «permite la expansión estructural del sistema orbitofrontal y sus conexiones corticales y subcorticales» (Schore 2001b: 72) y que refuerza el control cortical sobre la amígdala (LeDoux 1996: 268).

Notas al pie

10. N. del T.: Al igual que en *kindling*, se ha mantenido el anglicismo *quenching*. Para A. Navarro puede traducirse como «extinción». (*Diccionario crítico de dudas inglés-español de Medicina*, Madrid, McGraw Hill Interamericana de Madrid, 2005, p. 420).

CAPÍTULO 6

EL PROCESO DE DESHACER LA DISOCIACIÓN

Como resultado de determinada turbulencia psíquica, tramos enteros de nuestro ser pueden hundirse otra vez en el subconsciente y desaparecer de la superficie durante años y décadas [...]. Las perturbaciones causadas por los afectos se conocen técnicamente como fenómenos de disociación y son indicativos de una división psíquica.

(Jung 1934b: párr. 286)

La verdadera importancia o significado emocional de esa experiencia queda oculta todo el tiempo para el paciente, de modo que al no alcanzar la consciencia, la emoción no llega a desaparecer nunca, no se consume nunca.

(Jung 1912: párr. 224)

El trauma tiene que deshacerse en el cerebro. Aunque el sí-mismo es fundamentalmente asociativo y relacional, las defensas disociadoras pueden entrar en juego para proteger a un paciente de una afectividad abrumadora en un momento en que podría ser verdaderamente insoportable. Sus efectos se sitúan simbólicamente entre «en la mente» y «fuera de la mente». Apuntan a la verdad, preparada para el momento en que el paciente tenga suficiente fuerza en su ego como para empezar a afrontarla. Fonagy defiende que «la capacidad de representar la idea de un afecto o emoción es crucial para lograr controlar cualquier afecto desbordante y abrumador» (Fonagy 1991: 641). Lograr esto debe ser una parte importante del proceso analítico con determinados pacientes.

Janet, que trabajó en París a finales del siglo XIX, fue el primero en sugerir que los recuerdos traumáticos pueden escindirse, separarse, subrayando que una activación fisiológica emocional extrema podría hacer que los efectos del trauma quedasen colgando y se prolongasen de forma no integrada por no haber tenido la posibilidad de ser procesados adecuadamente. Freud y Jung estudiaron en París, abrazaron la teoría disociacionista y escribieron apoyándola con gran convicción. Jung escribió al respecto:

Como resultado de determinada turbulencia psíquica, tramos enteros de nuestro ser pueden hundirse otra vez en el subconsciente y desaparecer de la superficie durante años y décadas [...]. Las perturbaciones causadas por los afectos se conocen técnicamente como fenómenos de disociación y son indicativos de una división

psíquica.

(Jung 1934b: párr. 286)

Jung advirtió de que la importancia o significado emocional real de una «experiencia traumática infantil permanece oculta todo el tiempo para el paciente, de modo que al no alcanzar la consciencia, la emoción no llega a desaparecer nunca, no se consume nunca» (Jung 1912: párr. 224). Lo aclaraba así: «Un complejo traumático trae consigo la disociación de la psique. El complejo no está bajo el control de la voluntad y, por esta razón, posee la cualidad de autonomía psíquica» (Jung 1928: párr. 266). Describió esos complejos como «psiques escindidas» autónomas, fragmentos que se escindían a consecuencia de experiencias traumáticas (Jung 1934a: párr. 203). Jung advertía de cómo el complejo traumático podía volver de repente a la consciencia, puntualizando que «se impone a la fuerza, de forma tiránica, a la mente consciente. La explosión del afecto es una invasión completa del individuo. Se abalanza sobre él como un enemigo o un animal salvaje» (Jung 1928: párr. 267). Más adelante, según Freud y Jung fueron empezando a dar más importancia a la fantasía/imaginación y al mundo interior respectivamente, se restó importancia a los efectos de la experiencia exterior adversa. En su lugar, los psicoanalistas y los analistas buscaron comprender las raíces de las relaciones de objeto internas, en el seno de la psique. No obstante, el trabajo de los teóricos y terapeutas del trauma ha llevado a un renovado énfasis en el punto de vista anterior de Jung de que los acontecimientos reales abrumadoramente traumáticos pueden desaparecer de la mente y mantenerse en el inconsciente, en la memoria implícita, en forma de complejos.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) define la disociación como «una perturbación de las funciones integradas de conciencia, memoria, identidad o percepción del entorno» (Asociación Norteamericana de Psiquiatría 1994). Schore (2005) defiende la necesidad de una definición más completa de la disociación que tome conciencia de los aspectos corporales y emocionales de la disociación que se conocen hoy en día y que están tan bien documentados. Señala que la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10) hace referencia a «una pérdida parcial o completa de la integración normal de los recuerdos del pasado, la conciencia de identidad y sensaciones inmediatas y control de los movimientos del cuerpo» (Organización Mundial de la Salud 1992, citado en Schore 2005a) y que la definición tan extendida de Spiegel y Cardena (1991) de la disociación como «una separación estructurada de procesos mentales (por ejemplo, pensamientos, emociones, recuerdos e identidad) que normalmente están integrados» también incluye las emociones (Spiegel y Cardena 1991: 367, citado en Schore 2009). Chefetz describe los estados fluctuantes de conciencia de uno mismo que tienen lugar en la experiencia del paciente disociador como subjetividades que alternan y que pueden existir sin disonancia alguna debido a la naturaleza especial de la defensa disociadora (Chefetz 2000: 290). La multiplicidad de definiciones de disociación refleja la complejidad de lo que pueden sentir los analistas cuando intentan trabajar con pacientes que se disocian.

Chefetz señala que los relatos de las personas que tienen adaptaciones disociadoras tienden a tener más contenido no verbal (Chefetz 2000: 289). Entiendo este contenido no verbal como contenido que tiene su origen predominantemente en la actividad del cerebro derecho y en la memoria implícita, y de hecho la investigación ha puesto de relieve las diferencias existentes en la conectividad cerebral entre aquellos que han sufrido traumas y han acabado padeciendo un TEPT y aquellos que han sufrido traumas sin acabar teniendo síntomas de TEPT. El uso de resonancias magnéticas funcionales por Lanius *et al.* revela una mayor actividad en la circunvolución del cíngulo posterior derecho, el núcleo caudado derecho, el lóbulo parietal derecho y el lóbulo occipital derecho. Sugieren que los patrones de conectividad del cerebro son los que llevan al predominio del recuerdo no verbal en las personas que sufren el TEPT (Lanius *et al.* 2004: 36).

Chefetz afirma que tomar conciencia de las diferencias en los estados de subjetividad experimentados por estos pacientes va a permitir un trabajo mediante el cual va a poder contenerse y explorarse la afectividad (Chefetz 2000: 289). Este énfasis en los estados de subjetividad que alternan o difieren permite el espectro completo de percepción del sí mismo y el otro. Abarca los distintos estados de subjetividad que todos experimentamos cuando funcionamos en relación con las personas que queremos, con colegas o con amigos, o de hecho la forma en que vamos a relacionarnos con cualquiera de éstos de distintas maneras según nuestra experiencia transitoria exterior o interior. El espectro sigue en una escala que va desde la gran variedad de experiencias presentada por pacientes disociadores a los estados más patológicos que se encuentran en el trabajo con pacientes con estados de disociación grave.

La respuesta de disociación al trauma puede expresarse como fue vivido, en la totalidad de la entidad psique-soma. El trabajo de una cantidad creciente de investigadores demuestra los efectos perjudiciales a largo plazo de la exposición al estrés traumático, especialmente el estrés en la primera infancia, el estrés prolongado en el tiempo y la experiencia recurrente de estrés traumático (Schoe 1994, 1996, 2001a, 2001b, 2003a, 2003b; Van der Kolk 1996; Yehuda 1998; Teicher 2000, 2002; Scaer 2001a, 2001b). Las hormonas del estrés afectan no sólo al cerebro, sino también a todo el cuerpo, de modo que los cambios en el cerebro generan cambios en el cuerpo. Grillon y sus colegas señalan que la respuesta neurobiológica al estrés produce alteraciones de larga duración en múltiples sistemas neuroquímicos y que estas alteraciones adaptativas son «idiosincráticas [] y están influidas tanto por características innatas como por experiencias del pasado» (Grillon *et al.* 1996: 279). Chu señala que los sistemas neurohormonales que responden al estrés han estado involucrados en la aparición del TEPT: catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina, que posibilitan y modulan la activación corporal en respuesta al estrés) y hormonas relacionadas con el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (factor liberador de corticotropina, hormona adrenocorticotropa —ACTH, por sus siglas en inglés— y glucocorticoides) (Chu 1998: 55). Los efectos de la exposición continuada a estos estresores pueden llevar no sólo al TEPT, sino también a otros cambios corporales. Por ejemplo, los niveles de cortisol

aumentan en un primer momento, con posibles efectos adversos, entre los cuales está también la muerte de células, en áreas como el hipocampo, que tienen altos niveles de receptores de glucocorticoides. Sin embargo, se cree que los efectos del trauma a largo plazo dan como resultado niveles de cortisol disminuidos, lo cual a su vez puede afectar al sistema inmunitario del cuerpo (Yehuda 1998: 97). Solomon entiende el cuerpo como ubicación de los recuerdos traumáticos tempranos, señalando que es así porque la experiencia traumática suele tener lugar temprano en la vida en muchos casos:

La psique es [...] incapaz de procesar el trauma y tiende a almacenarlo en la memoria corporal [...]. El cuerpo del paciente ha tenido que compartir con la psique la carga de la experiencia traumatizante. Es como si la psique no pudiese soportar todo el impacto, o como si no pudiese dar sentido a la experiencia sin traducirla a una forma orgánica, o como si la historia traumatizante hubiese tenido efectos tóxicos muy reales en el sistema físico.

(Solomon 2004: 649)

Scaer (2001a) enumera múltiples síntomas corporales, de causa desconocida, que pueden sufrir las personas que han experimentado un estrés traumático. Menciona síntomas neuromusculares, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, dolores de cabeza, migrañas, asma, afecciones gastrointestinales, síntomas de enfermedad inflamatoria intestinal, dolores en la pelvis, en la base de la espalda y también de vejiga. Comenta también que «cuando uno se encuentra encerrado [] en la adherencia al dualismo cartesiano, estos síndromes desafían cualquier explicación» (Scaer 2001a: 134). Sin embargo, cuando se entienden como recuerdos contenidos solamente en el cuerpo como resultado de la disociación, entonces puede hacerse un tratamiento a medida para abordar la división disociadora, no sólo la afección corporal.

Enfrentarse al nivel de ansiedad generado por el trauma, del tipo que sea, consume una cantidad de energía considerable, con consecuencias psicológicas y biológicas significativas para el individuo afectado (Rosen y Schulkin 1998). Sin embargo, el aumento de los niveles de energía y creatividad puede ser espectacular en pacientes cuyos tratamientos han conseguido abordar bien la ansiedad relacionada con el trauma. Scaer sugiere que, como los acontecimientos internos en el trauma acaban siendo autodirigidos y se perpetúan por sí mismos, las enfermedades asociadas al trauma

reflejan una disfunción regulatoria, tanto simpática como parasimpática, con un predominio de síndromes vagales y parasimpáticos en los estadios más avanzados. [Señala que] la impronta del dolor y del sufrimiento en la memoria procedimental [...] implica que el trauma habrá ocurrido en un estado de impotencia sin oportunidad de resolución espontánea de la respuesta de parálisis.

(Scaer 2001b: 85-6)

El desarrollo encefálico temprano se ve afectado negativamente por la experiencia disociadora en las primeras relaciones. Perry *et al.* subrayan que «como el cerebro organiza e interioriza la nueva información de una forma que depende directamente del uso [...], los estados de adaptación agudos, cuando persisten, pueden convertirse en rasgos inadaptados» (Perry *et al.* 1995: 271). Bromberg (2003) define la experiencia del trauma psíquico como aquella que inunda la mente de forma abrumadora y que por ello es imposible de integrar. Advierte de lo siguiente:

Este afecto que es imposible de integrar [...] amenaza con desorganizar el modelo interno del que depende la percepción que uno tiene de su propia coherencia, cohesión y continuidad [...]. La experiencia de «no sí-mismo» sin procesar que mantiene un estado disociado del sí-mismo como recuerdo afectivo sin recuerdo autobiográfico alguno de su origen «persigue» y «obsesiona» al sí-mismo.

(Bromberg 2003: 689)

Kalsched (1996) ha descrito un proceso similar. Sugiere que parte del paciente crece, se hace adulta, demasiado rápido y se convierte en un sí-mismo falso de afrontamiento, de forma bastante parecida a lo que proponía Winnicott, y parte del paciente se queda demasiado niño. Percibido como «el niño», el verdadero sí-mismo queda oculto en las profundidades de la personalidad. Sostiene que la recuperación del abuso que tuvo lugar estimula imágenes arquetípicas y señala que en la estructura de la personalidad se encuentra muchas veces una figura potente de protector/acosador (bastante parecida a un superego duro) que intenta proteger al sí-mismo de la aniquilación, incluso mucho después de pasado el peligro. Creo que estas imágenes son intentos de la mente de representar las experiencias que han quedado encerradas en la memoria implícita (Kalsched 1996). Rosenbaum (2002), mencionado en Bromberg (2003: 707), encuentra otra imagen para describir la defensa de la persona disociada que sufre el trauma.

Cerrar la puerta de tu propia casa no va a hacer que sea segura, pero quizá puedas cerrar la puerta y quedarte dentro. Escóndete en una de esas habitaciones, quizá incluso en el desván. Métete sigilosamente en él y ponte a cubierto de la herida, del dolor, del sufrimiento. Después de un tiempo, si hay suerte, nadie se dará cuenta de que has desaparecido [...]. Lo único que queda por decidir es cuándo reaparecer, si es que decides hacerlo alguna vez.

(Rosenbaum 2002: 149)

Affeld-Niemeyer (1995: 37) señaló con respecto a ese tipo de pacientes que «es como si hubiesen dejado de respirar». A mí me parece como si muchos de los pacientes afectados por traumas relacionales tempranos y prolongados tuviesen en lo más profundo de su ser un erial helado, un estado desintegrador de un sí-mismo congelado, habitado tanto por el terrorista como por el aterrorizado, el abusador y la víctima del abuso. Este

ser interior está en un estado de fuerte congelación, esperando las circunstancias emocionales favorables, en las que se sienta apoyado y que le permitan la descongelación. Este ser interior está enmascarado por un sí-mismo exterior adaptativo en el que dominan todavía los procesos desintegradores y reintegradores mediante los cuales se fue formando el sí-mismo de afrontamiento, que permite al paciente ir tirando. A medida que avanza la terapia empieza lenta y dolorosamente la descongelación.

La experiencia traumática afecta tanto a la codificación como a la recuperación de los recuerdos asociados a ella. Perry (1999) señala que «un patrón de información sensorial entrante puede ser interpretado como peligro y recibir una reacción en el tallo cerebral, el mesencéfalo y el tálamo varios milisegundos antes de que llegue a la corteza cerebral para ser interpretado como inocuo» (Perry 1999: 18). Peter Levine (1997) ha descrito cómo en situaciones extremas el sentimiento, la sensación, la conducta, la imagen y el significado llegan a disociarse unos de otros. Cuando los distintos elementos de una experiencia insoportable se disocian o se escinden unos de otros, no puede haber un recuerdo correcto del acontecimiento. No va a ser procesado por el hipocampo, que asigna tiempo y lugar a los recuerdos, y entonces no puede ser almacenado como recuerdo en la memoria explícita o discursiva. Tampoco puede ser recuperado de la forma que suele hacerse normalmente porque no ha sido recordado de la forma habitual. En lugar de eso, va a ser codificado implícitamente en el cerebro emocional y en el cuerpo para recordar y avisar cuando vuelva a surgir la amenaza de un peligro similar.

Mollon nos recuerda que «pueden cortarse los lazos entre un área de conciencia y otra, entre el recuerdo y el afecto, la memoria y la afectividad, y entre la experiencia y la identidad» (Mollon 2002: 187). Sidoli sugiere que este tipo de pacientes usa su cuerpo como «contenedor y significante, como una especie de escenario en el cual puede escenificarse e incluso volverse a vivir el dolor físico no sentido» (Sidoli 2000: 97). Muchos pacientes vienen a la consulta porque la defensa disociadora está empezando a desmoronarse, se encuentran al borde de pensar lo impensable. Buscan ayuda cuando llega el momento de permitir en la mente ese sufrimiento psíquico escindido. Debido a que la experiencia traumática se recuerda en el cuerpo en lugar de en la mente, muchos clientes tienen verdaderas dificultades para conectar con el dolor físico y soportarlo, dolor que en cierto momento había sido demasiado para ellos como para poder soportarlo y que tuvo que ser disociado. Las dificultades añadidas que supone vivir en la incertidumbre, vivir en estados de saber pero a la vez no saber, genera una dificultad añadida tanto para el paciente como para el terapeuta a la hora de intentar conectar con los estados mentales disociados. Estos estados persisten porque la experiencia traumática se mantiene cautiva en la memoria implícita y todavía no ha pasado a formar parte de la memoria autobiográfica, accesible a voluntad.

Nijenhuis y Van der Hart (1999) definen los mecanismos de defensa disociadores como primarios si el individuo está distanciado de la experiencia y sólo puede acceder a ella en *flashbacks*, secundaria si los distintos aspectos de la experiencia acaban disociándose unos de otros (el afecto del significado, por ejemplo), y terciaria si durante la terapia emergen distintas identidades disociadas con distintos esquemas (Nijenhuis y

Van der Hart 1999). Un paciente que sufra las complejidades del trastorno de identidad disociativo (TID) y en el que haya muchas escisiones jerárquicas, con muchas subpersonalidades, que Jung llamaba «psiques escindidas» (Jung 1934a: párr. 203), o a las que Chefetz (2000) se refería como subjetividades alternativas, no tiene un núcleo interior coherente que le permita moverse con soltura entre los distintos aspectos de la personalidad que emergen en distintos contextos.

Nijenhuis *et al.* (2004) han explorado la forma en que la disociación supone mantener un sistema defensivo eficaz, junto con un sistema completamente separado cuyo cometido es gestionar los acontecimientos ordinarios de la vida diaria. No hay situación en la que pueda verse más claramente la aportación de esa división a la supervivencia que en el dilema del niño que, víctima del abuso de un pariente cercano por la noche, tiene que sentarse a desayunar con él o ella la mañana siguiente como si no hubiera ocurrido nada indecoroso. Los investigadores utilizan la idea de Myers (1940) de disociación estructural primaria como división «entre la personalidad “aparentemente normal” y la personalidad “emocional”» (Nijenhuis *et al.* 2004: 2). Creen que la personalidad emocional, que llaman PE (EP, por sus siglas en inglés), está «atrapada en la experiencia traumática que no consigue, una y otra vez, convertirse en recuerdo discursivo del trauma» (Nijenhuis *et al.* 2004: 2). Para ellos, la personalidad aparentemente normal (PAN, o ANP, por sus siglas en inglés) se caracteriza por una «evitación de los recuerdos traumáticos, desapego, insensibilización y una amnesia parcial o completa» (Nijenhuis *et al.* 2004: 2). Sostienen que cada personalidad ofrece una respuesta psicobiológica distinta a los recuerdos del trauma, que incluye un sentido del sí-mismo distinto.

Señalan la especial dificultad que aparece cuando el trauma es vivido en los primeros años de la infancia, en los que el cerebro no está todavía suficientemente desarrollado como para que haya podido aparecer un sentido del sí-mismo integrado. Dejan claro que «el nivel de integración relativamente bajo de los niños pequeños puede relacionarse con el hecho de que las regiones cerebrales que tienen las funciones integradoras más importantes, como las cortezas prefrontales y el hipocampo, no han llegado a una completa madurez» (Nijenhuis *et al.* 2004: 16). Señalan asimismo que la capacidad integradora de los niños está limitada también por la calidad de los cuidados y la crianza que reciben. La experiencia del trauma va a seguir obstaculizando su capacidad de desarrollarse de manera integrada. Terminan su exposición diciendo que el tratamiento tiene que estar dirigido a la «integración de contenidos mentales temidos de formas que se adapten a la capacidad integradora del paciente en la actualidad» (Nijenhuis *et al.* 2004: 21).

Tanto en niños como en adultos, la información sobre el trauma suele colarse en forma de pensamientos repetitivos, sueños repetitivos o juegos repetitivos. Terr (1991) subraya que es posible que este tipo de actividades repetitivas indique experiencias de traumas sin resolver. El material clínico que se ofrece a continuación ilustra parte de la complejidad de trabajar con un niño que ha sufrido un trauma relacional temprano. La descripción del juego de un niño pequeño en la sesión de terapia hecha por un colega

explicaba la naturaleza de la defensa traumática con mayor claridad de lo que el sí-mismo podría hacerlo, de modo que voy a dejar que su juego se explique en el breve fragmento que voy a proporcionar.

Jay

Miranda Davies (2002), analista infantil junguiana, estuvo viendo a Jay, un niño de trece años que aparentaba una edad bastante menor tanto desde el punto de vista físico como el psicológico. El niño dio una imagen muy gráfica de las defensas generadas por el trauma, ya que durante muchas de las sesiones estuvo jugando y volviendo a jugar a un juego de fútbol con animales salvajes de juguete. Su analista sufrió una disociación en forma de aburrimiento distraído por la repetición interminable y de una incapacidad de pensar en el significado del juego. Me sorprendió el significado neuropsicobiológico que subyacía al simbolismo de las figuras que había elegido Jay. Su analista y yo fuimos capaces, conversando, de explorar el significado del juego del fútbol de forma que permitiese que tuviese lugar la dotación de sentido. En el ala estaba el guepardo, que Jay llamaba «Rush», como un jugador de la liga, porque podía correr rápido como el viento para escapar del peligro (huida). Como delanteros había un cerdo y un toro, cuyos nombres eran los de jugadores de fútbol ingleses famosos por su agresividad (lucha). Si todo lo demás fallaba, el gran oso polar, de las tierras del hielo, guardaba la portería (congelación, parálisis). La esperanza, y también la lucha interna, estaba simbolizada por el pequeño canguro. Podía romper todas las reglas, coger la pelota y correr por donde quisiera. Interpreté esas imágenes como intentos de la mente de representar aquellas experiencias que habían permanecido encerradas en el cerebro emocional, como no accesibles a la mente consciente, no almacenadas todavía en la memoria explícita, sino conservadas en la memoria implícita. Mediante este juego metafórico intentaba empezar a explorar sus defensas, aunque fuese de una forma que quedaba fuera de la mente para su analista.

Terr (1991) escribe sobre el juego repetitivo monótono que es producto de la experiencia traumática y sobre la dificultad que tiene el analista a la hora de ayudar al niño a establecer las relaciones que posibilitan el procesamiento de la experiencia, permitiendo así que el niño pase de lo concreto a lo simbólico. Esto suele ocurrir con bastante frecuencia porque la primera respuesta de contratransferencia en el terapeuta es disociadora. Davies (2002) ha escrito con mayor detalle sobre este niño en el *Journal of Analytical Psychology*. Quiero explorar un aspecto de la forma que tenía Jay de ser en el consultorio: su juego.

En su primera sesión puso en una hilera todos los animales que tenía en la caja, primero por orden de altura y luego por orden de peso, expresando claramente ansiedad por las veces que había tenido que ir al hospital a consecuencia del retraso en el crecimiento. Davies sentía tedio y un borrado de su propia mente. Jay había encontrado una forma de expresar su ansiedad manteniéndola a la vez fuera de la mente tanto para sí como para el terapeuta. No obstante hizo posible que el terapeuta supiera qué sentía, aunque fuese inconscientemente. Mediante la reflexión sobre su contratransferencia, ella fue capaz de darse cuenta un poco de cómo percibía Jay esta defensa.

Davies explica que durante el tiempo que estuvo yendo a terapia, las cajas de juguetes del paciente se guardaban bajo llave en un armario de su habitación. Por lo general no tenía ninguna dificultad a la hora de acordarse de sacar la caja correcta para cada niño, así que al comienzo de la cuarta sesión vio con consternación que había sacado la caja de otro niño. Jay aparentemente no hizo caso del incidente y siguió con los animales. Davies escribe lo siguiente:

Puso todos los animales negros en un lado y los animales blancos en el otro y se puso a jugar con ellos al ajedrez. Se convirtieron en cifras que había que manipular según las reglas del juego, sin ninguna vida animal ni señales de actividad que pudiesen expresar sentimientos en nombre de Jay sobre la experiencia de haber sido confundido con otro niño. Después de este incidente, todas las semanas se alineaba a los animales por orden alfabético, cosa que me parecía un ejercicio tedioso. De vez en cuando tiraba un par de cerditos en mi mesa como si fuesen un par de dados. Los había marcado con un rotulador en los laterales, el dorso y el vientre para poder calcular el resultado del lanzamiento.

(Davies 2002: 427)

Davies reconoció la relación entre el juego de Jay y el mundo interior que había derivado de pasar la infancia atendido por los servicios sociales antes de su adopción a los 22 meses de edad. Su guardería no había asignado cuidadores individuales a los bebés, sino que había cuidado de ellos de forma aleatoria, según quién estuviese disponible en cada momento. Para cuando llegó su adopción, a los 22 meses de edad, ya había pasado el período crítico de desarrollo cerebral en relación con una madre que cuidase de él. No obstante, me parece que Jay, en su juego repetitivo, estaba confiando lo suficiente en su terapeuta como para revelar las claves de su trauma. Puede ser que fuese impulsado desde su interior al juego repetitivo y que no pudiese hacer otra cosa. En todo caso, la relación que estableció Davies con su propia dificultad momentánea de entender a Jay como individuo, cuando sacó la caja de juguetes que no era, me da la esperanza de que fue capaz de sacar el enfado con respecto a semejante tratamiento, tanto en ese momento como en su experiencia anterior, por medio del juego. De hecho, Davies acaba diciendo que «el niño fue capaz de transmitir significado de una forma que parece extraordinaria a la vista de una carencia tan temprana y tan grave» (Davies 2002: 427). Davies entendió su fallo a la hora de sacar la caja correcta como una actuación de contratransferencia, y con ello a un nivel inconsciente, Jay le estaba permitiendo entender cómo se sentía uno cuando se le cuidaba como a un objeto en lugar de como a una persona.

Davies continúa su explicación y explora esto desde el punto de vista de la identificación proyectiva y de los modelos de funcionamiento interno. Pienso ahora en un anhelo arquetípico de una relación madre-hijo, una percepción de madre que hizo posible que este niño siguiese buscando la ayuda del terapeuta, aunque fuese empleando el más doloroso de los medios para ambos, esto es, el juego repetitivo relacionado con el

trauma. Davies señaló que, en el juego, la fantasía arquetípica de Jay del pequeño canguro que podía hacer un tiro libre y hacer un gol desde la otra punta del campo, que podía correr más rápido que el resto de los jugadores y que no necesitaba siquiera el apoyo de otros jugadores, era una descripción increíblemente precisa de

la psicología defensiva, heroica y de hacerlo todo por uno mismo del bebé lleno de carencias que no tiene los recursos emocionales para reconocer la dependencia de una figura materna pero que se sostiene con la imaginación todopoderosa de que puede superar todos los reveses y satisfacer sus necesidades por sus propios medios.

(Davies 2002: 431)

Jay, de trece años pero con un aspecto mucho más infantil, buscaba conectar al principio de la terapia con las dificultades propias de la adolescencia, pero desde el mundo intrapsíquico de un bebé lleno de carencias. Estaba fallando en lo académico en el instituto y su comportamiento empezaba a ser inaceptable. De hecho, la tendencia del canguro pequeño a romper todas las reglas advierte de que éste era el caso. Davies señala lo siguiente:

Para mí, el juego era defensivo y compensatorio, le aislaba de la realidad y construía una inmensa muralla protectora alrededor del bebé asustado, vulnerable y desesperadamente herido en el núcleo más profundo de su personalidad.

(Davies 2002: 431)

¿Puede funcionar el tratamiento de traumas tan tempranos? En Inglaterra tenemos el dicho de que «la prueba del pudín está en comerlo». Su instituto informó que al final de la terapia Jay estaba entregando el cuádruple de trabajos escritos y que las dificultades de conducta que tenía en el instituto antes empezar de la terapia habían desaparecido. Pudo pasar a la escolarización estatal normal para la última fase de su educación. Al terapeuta le hubiese gustado trabajar más tiempo con Jay, al entender los tentáculos tan profundos y arraigados que inserta el trauma en el desarrollo de la personalidad. En esto se encontró con una de las dificultades bien conocidas por todos los que trabajan con padres e hijos, es decir, el deseo de la familia de poner fin a la terapia tan pronto como se logra algo cercano a la normalidad.

Integración

Schore (2009) ha advertido contra la asimetría de la teoría analítica que ha estado dominada demasiado tiempo por el cerebro izquierdo, usando la herramienta de interpretación del cerebro izquierdo como principal agente de cambio. La comunicación verbal, cognitiva, de cerebro izquierdo entre el paciente y el analista por sí misma no es curación suficiente para el trastorno afectivo disociador que afecta al cerebro derecho. Para nuestros pacientes disociadores, es importante que el analista involucre el cerebro derecho en un modo empático de trabajar en pos de un cambio relacional, pero manteniendo al mismo tiempo —y esto es algo crucial— la capacidad de pensar.

La experiencia emergente del sí-mismo

En el material que se ofrece a continuación, perteneciente al proceso de un paciente adulto, Philip, y su proceso, intento ilustrar formas de trabajar en la consulta para modificar los efectos de la experiencia traumática temprana que se han complicado por traumas posteriores. R. Moulds sugiere que el sufrimiento y las lágrimas no derramadas del paciente que sufrió el trauma son como el peso de una enorme masa de agua contenida por una presa. La presa es como la barrera disociadora, que protege del estímulo abrumador. Previene al analista de esta manera:

No intentes romper la presa. Eso conduciría a la destrucción y a la devastación debido a la inundación repentina y abrumadora de emociones. Lo que se necesita es un grifo en la pared de esa presa que pueda abrirse un poquito para que el agua pueda salir poco a poco. Así pueden manejarse de forma segura el sufrimiento y el trastorno del paciente.

(R. Moulds, comunicación inédita, 2001)

Philip

El manejo y la modificación del trastorno

Philip fue el primer hijo. Su padre estuvo fuera durante casi todo el embarazo y los seis primeros meses de vida de su hijo. Philip creía que nunca le había caído bien a su padre. Su madre era una persona ansiosa, proclive a la enfermedad, que encontraba difícil satisfacer las necesidades de su hijo recién nacido. Su propia experiencia de maternidad había sido deficiente. Recurrió a un programa y un horario estrictos de cuidados para su hijo para «hacerlo como se debe» y evitar la intensa ambivalencia que sentía con respecto a este hijo. Cuando su nuera le preguntó cuál era la mejor forma de cuidar a su primer hijo, le respondió que «sentándose en las escaleras, oyendo llorar a Philip con cada vez mayor desesperación, mirando el reloj y esperando a que llegase la hora correcta para cogerle para darle el pecho». En las sesiones me di cuenta pronto del miedo que tenía Philip a cualquier sensación de verse controlado, lo difícil que le era ajustarse al horario y al marco analítico, lo difícil que le era tumbarse en el diván (creía que no iba a poder respirar bien y prefería estar medio tumbado, medio sentado). Tardé poco en conocer a su madre interior controladora y fría, escondida detrás de un sí-mismo adaptado y dócil en apariencia. Philip, que creía que no podía soportar que le controlasen, intentó controlarme y socavar el control ejercido por el marco analítico llegando tarde y pidiendo una y otra vez cambiar la hora o el día de las sesiones.

Philip sentía que se había convertido en un niño solitario al que se le trataba como a un objeto del que cuidar en lugar de a una persona. A los tres años de edad fue enviado a extraños para que cuidasen de él cuando iba a nacer su hermana, y a los diez años fue enviado a un internado, con la llegada de su hermano. Philip recuerda que su padre le dijo: «¡Es porque eres muy difícil!». Su madre le previno que otros niños intentarían intimidarle y abusar de él cuando entrase en el internado, pero que no le diese mucha importancia porque era algo que pasaba siempre. Después de un tiempo de haber estado yendo Philip a terapia, falleció su madre. Philip volvió a su antigua casa para el funeral y se encontró con un antiguo compañero de clase que le preguntó: «¿Cómo estás? He tenido que ir a terapia por la forma tan cruel de intimidarte y de abusar de ti que tuvimos en el colegio». Philip se sintió mal y creyó que iba a desmayarse cuando le empezaron a venir de repente los recuerdos de los abusos y las intimidaciones. Creía que había conseguido mantenerlos fuera de la mente hasta ese momento, pero pronto se vio clara la precisión con que su cuerpo lo había ido recordando todo siempre. Esto va a verse claro en la transcripción de la grabación del proceso que sigue a continuación.

El incidente en el que más se centraba Philip y que fue más aterrador para él tuvo lugar en el dormitorio que compartía con otros quince niños de entre diez y doce años de edad. Pusieron el colchón en el suelo y le hicieron tumbarse en él. Le pusieron otro colchón encima. Su recuerdo es que el matón de turno que dirigía todo le hizo hacer eso y luego hizo que el resto de los niños se subiesen al colchón de encima y se pusiesen a saltar. Philip creía que ya le había salvado la campana cuando de repente entró un matón todavía mayor y preguntó: «¿Qué ha hecho ÉSTE ahora?». Su experiencia en la edad más temprana, todavía como bebé, de estar tumbado boca arriba, indefenso y con un

alto nivel de angustia, y luego encontrarse con una madre que llegaba de una forma muy similar a la de ese matón del colegio, queda reflejada de manera conmovedora en su relato de la experiencia del colegio. Sin el recuerdo del compañero de colegio, que confirmaba los hechos y que hacía volver todo esto a la mente de mi paciente, ese recuerdo podría haber sido considerado como «falso» y el paciente habría corrido el peligro de volver a sufrir otro abuso en el diván.

En el extracto siguiente, Philip describe el comienzo de su disociación de este incidente y luego en la sesión empieza a disolverse la disociación y juntos empezamos a estar más en contacto, en un grado tolerable, con el terror y el sufrimiento de su sí-mismo infantil de diez años.

P: *(Hablando con voz de niño pequeño, muy distinta de la del hombre culto de mediana edad que es mi paciente)*. Tenías que hacer lo que decían. No podías no hacerlo. *(Philip tenía miedo en la mirada, sus ojos empezaron a inquietarse y empezó a cerrar y a abrir los puños de manera convulsiva, frotándose los brazos)*.

M: ¿Cómo te hizo sentir eso?

P: Fue una sensación horrible, y sabes, ese otro niño, bueno, era otro matón y dijo: «¿Qué ha hecho ÉSTE ahora?».

M: Debíó de ser algo espantoso, si era también un matón y un niño más grande que tú.

P: *(Hablando de repente con animación pero de una forma un tanto entrecortada)*. Sí, y la campana, y tenías que lavarte la cara, lavártela bien e ir a clase.

Quedé atrapada en la sensación del niño que estaba intentando desesperadamente la disociación, pasar de un mundo a otro, y en el enorme esfuerzo que esto requeriría desde el punto de vista emocional. Estaba cambiando con él, a la vez que él, para seguir en el baile empático. Lo que se necesitaba en ese momento era ese fino equilibrio que mantiene la empatía pero que a pesar de todo empieza a deshacer la disociación. Este proceso se hace posible porque ambas experiencias se mantienen unidas en el terapeuta.

M: Debe de haber sido realmente difícil.

P: *(Jovialmente)*. Oh, no, me gustaban las clases, hacer preguntas y todo eso. *(Yo estaba callada, consciente todavía emocionalmente de aquel niño que había sufrido en el dormitorio)*.

P: *(Empezó a hablar en voz baja y como dudando, volviéndose para mirarme a los ojos según hablaba)*. ¿Sabes? Creo que lo disocié todo. Cuando teníamos clase simplemente lo olvidaba todo y disfrutaba en ellas.

M: ¿Y después? *(Mi tono de voz buscaba expresar la forma de trabajar empática, límbica, centrada en el cerebro derecho que todos usamos con tanta frecuencia, mientras que la pregunta buscaba seguir con el proceso de deshacer la disociación)*.

P: Solía intentar esconderme. Ya sabes que una de las peores cosas era que en el colegio no podías decírselo a nadie. No había nadie a quien contárselo, y si lo hacías, te intimidaban y acosaban aún más.

M: Y no podías contarle en casa porque tu madre te había prevenido que contases con que te intimidasen y te acosasen en el colegio.

(Philip contó otra vez el incidente del acoso pero con menos miedo, mirándome a los ojos todo el rato según lo contaba).

M: ¿Qué te hizo sentir eso?

P: *(Hablando en voz muy baja después de una larga pausa).* Pues un dolor y un sufrimiento inimaginables.

(Ambos nos quedamos callados por un momento, pensando en el niño, su tristeza y su sufrimiento).

P: Podría haberme muerto.

M: *(Pensando en el miedo de Philip a no poder respirar).* ¿Quieres decir que podrías haberte asfixiado?

P: *(Aparentando no haber oído lo que acababa de decir yo).* Podría haberme muerto. Podría. La gente muere de lesiones por aplastamiento. *(De repente pude ver pánico en su mirada y por un momento sentí como si ambos estuviéramos bajo el colchón, con muchos niños saltando encima).* La gente muere de lesiones por aplastamiento.

Philip inclinó la cabeza y miró su cuerpo y sus brazos como si los estuviera viendo por primera vez. Me vino a la mente que este paciente había padecido artritis a una edad mucho más temprana de lo normal. Dije en voz baja: «Tu cuerpo recuerda». De algún modo ese momento pasó y Philip empezó a hablar de su trabajo con niños vulnerables. De pronto recordó a un juez que le había dicho: «Algunos abusos son imposibles de imaginar para un niño». Nos entró un escalofrío. Philip recordó que había sido su antiguo compañero de clase, incapaz de olvidar el horror de lo que habían hecho los niños, el que le había permitido recordar el abuso que había sufrido en el colegio. En la sesión, Philip recordó con claridad e incluso volvió a ver los rostros hostiles de los niños a su alrededor. Cuando volvió a contar la historia hizo varias pausas y me miró largamente a los ojos varias veces, como si estuviera procesando la diferencia y a través de ese procesamiento cortical, proceso que involucraba a ambos hemisferios cerebrales. Poco a poco fue capaz de modificar los efectos del terror, tal y como le era representado por su respuesta amigdalina a los rostros hostiles.

Hariri *et al.* (2000) han sido capaces de demostrar que, cuando se está ante rostros que expresan miedo o enfado, la activación en las áreas corticales superiores puede inhibir la respuesta de la amígdala a los estímulos que de otro modo dirigirían la respuesta de miedo (Hariri *et al.* 2000, citado en Canli 2004: 1113-14). Canli menciona también un estudio de Ochsner *et al.* (2002), quienes escanearon a distintos sujetos mientras evaluaban imágenes negativas. Pudieron demostrar también que un aumento de la actividad cortical «modulaba la actividad en otras regiones asociadas con el procesamiento de las emociones» (Canli 2004: 1115).

Al comienzo de la terapia puede que lo más necesario sea la contención, con el

terapeuta como contenedor de la afectividad incontenible, de la vivencia insoportable. El terapeuta es también la persona que puede procesar las dinámicas de la transferencia y la contratransferencia, que cambian con tanta rapidez, para que lo que se siente como «ahora» pueda asentarse en el «aquel entonces». Watt habla de la naturaleza de la empatía y saca como conclusión que *«refleja mezclas de mecanismos más primitivos de “resonancia afectiva” o contagio afectivo con identificación de emociones posterior y teoría de la mente/toma de perspectiva»* (Watt 2005: 185, cursiva en el original). Describe lo primero como formado por «imitación inconsciente, automática [que opera en] escalas de tiempo más rápidas». Puede decirse, por tanto, que propone una teoría de la empatía de arriba abajo y de abajo arriba. Una vez que ya se ha formado la relación empática va a surgir una necesidad de crear sentido, de nombrar aquello que hasta ese momento sólo se conocía en el cuerpo y que estaba inaccesible a la mente. Sidoli (2000) da una explicación sensible de su enfoque a la hora de trabajar con este tipo de pacientes. Quiero dar aquí una pequeña muestra de su enfoque, porque está bastante en la línea con el mío.

El analista tiene que prestar mucha atención a los mensajes subliminales transmitidos por el cuerpo y mucha menos atención a las explicaciones verbales, basadas en los hechos. Los fragmentos emocionales no integrados están localizados en el cuerpo. Por ello hay que escuchar con un «tercer oído» y observar con un «tercer ojo» [...]. Mi contratransferencia con este tipo de pacientes está enraizada [...] sobre todo en mi experiencia de observar niños pequeños y su forma no verbal de comunicarse y relacionarse [...]. Tengo que encontrar la forma de hacer que el niño desesperado que hay en el interior del paciente confíe [...]. Una vez que se establece el apego, el paciente me usa poco a poco para compensar la experiencia de reflejo que se perdió.

(Sidoli 2000: 102)

La aparición de la regulación afectiva en el paciente trae consigo la capacidad de reflexionar que luego hace que sea más posible el momento interpretativo, trayendo consigo a su vez la posibilidad de un funcionamiento hemisférico integrado y la generación de un discurso coherente. Para que pueda ocurrir esto, las interpretaciones tienen que estar fundamentadas en las vivencias emocionales que tienen lugar en el seno de la diada terapéutica en lugar de ser meramente cognitivas y basadas en la actividad del hemisferio izquierdo. Beebe y Lachmann (2002: 17) describen esta manera de ver el proceso analítico como un «proceso interactivo coconstruido». Este proceso de cambio no es sólo el de hacer consciente lo inconsciente, como en el caso de la interpretación, sino también algo relacional, en el sentido de que las vivencias interactivas en el seno de la diada terapéutica son fundamentales para que el proceso de cambio sea satisfactorio.

Los traumas relacionales tempranos graves y prolongados pueden provocar escisiones jerárquicas en la personalidad, percibidas como subjetividades alternantes. Como mínimo va a aparecer el niño asustado y enfadado, cuyo desarrollo se vio interrumpido por la experiencia de un trauma aplastante y cuya salida a la superficie en la consulta va a

marcar los primeros pasos tentativos hacia la confianza. Podría decirse que parte de una terapia satisfactoria va a ser el reconocimiento del trío de personas en la consulta, es decir, el analista, el paciente que se las arregla como puede más o menos día a día, y la parte interior herida del paciente que suele describirse como «el niño interior traumatizado». La habilidad del analista consiste en relacionarse y comunicarse con ambos sin favorecer más a uno que a otro, para que ambos puedan ir poco a poco siendo más capaces de interactuar de una forma más amable el uno con el otro y con el tiempo llegar a estar más completamente integrados y hacerse uno, permitiendo con ello una nueva percepción del sí-mismo.

Se ha discutido mucho sobre las cuestiones relacionadas con la recuperación de los recuerdos que salen a la superficie en la consulta y con la precisión de éstos. No obstante, debemos ser conscientes de cómo el cambiar los recuerdos emocionales puede acabar siendo un aspecto benéfico del trabajo analítico, por el hecho de que el volver a contar los recuerdos (desde lo explícito) o volver a vivirlos (desde lo implícito) en presencia del terapeuta pueden conducir a la modulación de la calidad del afecto asociado al recuerdo, modificándolo por tanto. En lo que hay un mayor consenso es en que el objetivo inicial de la terapia tiene que ser generar una sensación de seguridad y una capacidad de autorregulación. Ayudar a desarrollar la capacidad de que el paciente se calme y se conforte a sí mismo es vital en el tratamiento de aquellas personas que gravemente traumatizadas.

El fundamental el uso de métodos que ayuden con la evitación o con el afrontamiento de los *flashbacks*. Siegel apunta que «estudios recientes de problemas de *flashbacks* sugieren una intensa activación de la corteza cerebral visual del hemisferio derecho y una inhibición de las áreas del habla del hemisferio izquierdo» (Siegel 2003: 15). En esos momentos mucho va a depender de la calma que sea capaz de mantener el terapeuta ante todo lo que urge consciente o inconscientemente justo a lo contrario. Una bajada del tono de voz y un habla más pausada, hablando de la forma que Williams (2004) ha denominado «colores pastel en lugar de colores primarios», puede ayudar a contrarrestar las respuestas que se desencadenan en el paciente. Puede ser posible ayudar al paciente a modificar su percepción usando una simple frase como «pasó en aquel entonces, no ahora». Cozolino (2002) sugiere que esto es eficaz porque estimula el área de Broca (que produce el habla) y estimula el funcionamiento de los hemisferios derecho e izquierdo de una forma más integrada. Siegel sugiere que centrarse en los elementos

tanto del hemisferio derecho (imágenes, estado corporal, emociones, memoria autobiográfica) e izquierdo (palabras, ideas del sí-mismo, comprensión lógica de las relaciones causa-efecto entre distintos acontecimientos en un análisis lineal, como un discurso) permite una activación figurativa representacional multidimensional [que incentiva la integración].

(Siegel 2003: 46)

La experiencia temprana de un paciente con traumas hace que el sí-mismo se retraiga, se

oculte del mundo por medio de defensas protectoras. El analista que quiera trabajar con esas personas que se disocian puede sentir que está trabajando al límite, en tierra de nadie, en los límites del conocimiento y la práctica analíticas. Lanyado (1999) subraya que el paciente no puede empezar a trabajar con el problema de su propia conducta traumatizante hasta que el analista no haya sufrido el trauma del paciente en la contratransferencia y se haya conmocionado verdaderamente por él. Hopkins (1986) señala que para ayudar al paciente a recuperarse del trauma es responsable involucrar al terapeuta «no sólo en compartir el sufrimiento, sino también en sufrir serias dudas con respecto a si es necesario hacer frente al sufrimiento tan descarnadamente o si sería preferible la autoprotección de hacer la vista gorda» (Hopkins 1986: 71). Solomon (1998: 237) advierte que «el analista va a estar inevitablemente abierto a impregnarse del terror del paciente de una espantosa probabilidad de volver a traumatizarse, dados los fallos inevitables que tienen lugar en el contexto de la comunicación humana». Ehrlich (2003: 237) comenta al respecto que cuando se trabaja al límite, el analista tiene que tener en cuenta que «el límite también es “tierra de nadie”» en la que se generan y toman cuerpo enemigos». Cita la observación de Bion de que «en todo consultorio debería haber dos personas bastante asustadas: el paciente y el psicoanalista» (Bion 1990: 5). Sugiere que «para permitir que los demás se comuniquen con nosotros de verdad y a fondo, esto es, incluyendo la agresividad y la destructividad, de lo que tenemos que ser capaces no es de apaciguar o de rendirnos de forma masoquista, o de agredir en represalia, sino más bien de sobrevivir afirmando la vida» (Ehrlich 2003: 245).

Solomon explica lo siguiente:

Como la realidad sustancial de la existencia del sí-mismo del paciente fue evitada por las personas que eran importantes para él, el sí-mismo fue percibido como extremadamente venenoso para el sí-mismo, o como un objeto raro que tendía a apropiarse de parte del sí-mismo y volverle loco o extraño.

(Solomon 2004: 644)

Sugiere que tanto comprender con empatía como pensar de manera bien centrada son componentes fundamentales a la hora de procesar lo que de otra manera podría procesarse como algo insoportablemente tóxico y repugnante (Solomon 2004: 650).

Bromberg sugiere que un objetivo del trabajo analítico es permitir a esos pacientes «experimentar una inundación espontánea de sentimientos fuertes como algo seguro en lugar de algo aterrador y lleno de vergüenza y remordimiento» (Bromberg 2003: 708). Su conclusión es que lo que se necesita para hacer esto es «un entorno interpersonal “suficientemente seguro”» (Bromberg 2003: 708). Ehrlich (2003) sugiere que lo que ayer era zona de peligro puede convertirse hoy en un ámbito de innovación creativa. Es cierto que puede ser así en la consulta y en el seno de la diada analítica, pero no sin la capacidad de reparación y de reconciliación. Con frecuencia es precisamente esa experiencia de ruptura, reparación y reconciliación lo que construye una nueva confianza en la relación y lo que permite a nuestros pacientes disociadores bajar poco a poco las

defensas que, aunque al principio les salvaban la vida, ahora se la niegan.

Resumen

La plasticidad del cerebro a lo largo de la vida permite ese cambio. El reflejo de la experiencia relacional temprana sana hecho por la díada terapéutica permite añadir nuevas entidades a las conexiones preexistentes en ambos cerebros-mentes. Los intercambios que implican expresar con palabras estimulan un funcionamiento sano e integrado de los dos hemisferios del cerebro y son parte intrínseca del proceso de volver a la mente. Un trabajo analítico que abarque agentes de cambio tanto relacionales como interpretativos puede traer consigo la integración y una mayor conexión entre los dos hemisferios del mesencéfalo y también dentro de ellos, integridad y conexión que pueden conducir a un cambio en la naturaleza del apego, que a su vez va a permitir al sí-mismo salir a la superficie más completamente por medio del proceso de individuación.

CAPÍTULO 7

EL CEREBRO ADOLESCENTE

Una nueva fase de desarrollo

El cerebro adolescente ha sido descrito como «obra en curso» (*work in progress*, en inglés). La adolescencia marca una fase de desarrollo distinta «sólo superada por el período neonatal en cuanto a rapidez de crecimiento biopsicosocial y de características y exigencias cambiantes del entorno (Schoore 2003b: 297). Me empecé a interesar especialmente en los desafíos que presentaba a los jóvenes el paso satisfactorio de la adolescencia cuando trabajé como orientador y profesor orientador en institutos para este grupo de edad. Los casos adolescentes que siguen son compuestos basados en la experiencia que adquirí trabajando en un entorno académico con muchos adolescentes cuyas dificultades se manifestaban en problemas de asistencia al instituto. Mi interés se ha mantenido por el gran número de jóvenes y adultos no tan jóvenes que he visto en los que predominan estados mentales adolescentes, especialmente al comienzo de la terapia. Astor (1988: 70-1) ha rastreado la evolución del pensamiento analítico con relación a los estados mentales adolescentes en pacientes adultos, y los primeros estudios se remontan a los trabajos de Meltzer (1973), Bion (1977) y Fordham (1985).

Michael Fordham, en conversación con Astor, subrayó la necesidad de ser conscientes del niño que hay en el adulto no como mero símbolo, sino también como «el niño que hay en el adulto como cuerpo [], una referencia a la relación corporal del niño con su madre» (Astor 2005: 13). Sidoli (2000) ha desarrollado la idea de Fordham sobre la relación corporal con la madre en su obra con su énfasis en la necesidad de que el terapeuta tome en consideración lo que pueda estar comunicando el cuerpo del paciente. La nueva forma que tenemos de entender el cerebro se centra en la naturaleza unitaria del ser mente-cerebro-cuerpo. Las cualidades particulares de la adolescencia requieren que adoptemos un punto de vista similar al tratar a pacientes adolescentes y estados mentales adolescentes en pacientes adultos.

En la adolescencia hay una segunda ola de producción de células nerviosas, seguida de una reducción neuronal. Se ve funcionar una segunda vez el principio de «usar o perder», en claro paralelismo con el proceso de desarrollo que tiene lugar en los dieciocho primeros meses de vida. Así como el estadio más temprano coincide con los comienzos de la conciencia de los demás y la formación de lo que se ha denominado «sustrato neuronal de la vergüenza», esta fase, cuando empieza a madurar gradualmente la capacidad de raciocinio y juicio, tiene lugar cuando la persona joven empieza a separarse de sus padres y a implicarse más con el mundo exterior. El adolescente

empieza a darse cuenta poco a poco de los efectos que tienen sus actos en otros y a inhibir comportamientos impulsivos. Al igual que en la fase más temprana, las áreas límbicas (relacionadas con las respuestas emocionales) maduran antes que los lóbulos frontales (relacionados con el juicio y el raciocinio). No obstante, al igual en la fase más temprana, el desarrollo no va parejo al desarrollo emocional, dejando atrás el control ejecutivo. Gran parte de las dificultades que se tienen en la adolescencia surgen precisamente de este desfase.

Cambios en el cerebro

La década del cerebro ha hecho posibles los primeros estudios detallados por edades de los cambios en el volumen de las materias gris y blanca, tanto en la infancia como en la adolescencia. En la adolescencia hay un incremento repentino del crecimiento de la materia gris que va seguido de lo que parece ser un proceso de reducción neuronal muy amplio. No obstante, la cantidad de neuronas mielinizadas, las que tienen axones revestidos de mielina, la materia blanca que aísla y las convierte en transmisores eficaces, aumenta en esta fase. Un aumento de la cantidad de neuronas mielinizadas produce una comunicación más rápida y eficaz dentro del cerebro. Aunque reconoce los últimos avances en nuestra capacidad de «relacionar la maduración estructural y funcional del cerebro adolescente con la del comportamiento del adolescente» (Paus 2005: 60), Paus señala que aunque hay un consenso creciente en que hay un incremento continuo de la materia blanca en toda la adolescencia, la ciencia todavía no es capaz de determinar con total certeza y de forma definitiva si se pierde materia gris o si es más bien que esas células acaban revistiéndose (Paus 2005: 60). Si lo que ocurre es esto último, el proceso refleja probablemente el aumento de la conectividad neuronal en el cerebro que resulta del enriquecimiento de las interacciones con el entorno que forman parte de la experiencia vital más a fondo del adolescente.

Todavía queda mucho por explorar. Por ejemplo, Siegel comenta que la forma en que «la información codificada genéticamente interactúa con los elementos interactivos y del entorno para determinar la naturaleza de este importante período de reducción neuronal adolescente está abierta a la investigación en el futuro» (Siegel 2003: 11). El debate de la diferencia entre lo innato y lo adquirido (*nature/nurture*, en inglés) continúa. Paul hace la observación de que «hay las mismas probabilidades de que una variación (preexistente) en la estructura afecte al rendimiento o que la entrada en juego de un circuito determinado pueda cambiar la morfología del cerebro» (Paus 2005: 63). Varios estudios han analizado los cambios en el cerebro adolescente en el tiempo. Gogtay *et al.* (2004) emplearon resonancias magnéticas bienales para hacer un seguimiento de los cambios en la evolución de la materia gris entre las edades de 4 y 21 años en un grupo de 13 niños sanos y señaló el patrón de la ola de cambios cerebrales, observando que los lóbulos frontales son los últimos en madurar (Gogtay *et al.* 2004: 8176). Paus *et al.* (1999), en un estudio de 111 niños, fueron capaces de demostrar incrementos relacionados con la edad en la densidad de la materia blanca en los tractos, proporcionando pruebas de una maduración gradual de las vías fibrosas que se creían ligadas a las funciones motora y del habla (Paus *et al.* 1999: 1908). Paus subraya que este uso de la resonancia magnética estructural (por ejemplo para demostrar que los tractos neuronales que conectan distintas regiones del cerebro se hacen más gruesas a medida que se van recubriendo del forro protector de mielina) ha abierto «oportunidades sin precedentes de estudiar los sustratos neuronales [del desarrollo]» (Paus 2005: 60).

En 1998 Yurgelun-Todd señaló la diferencia entre las respuestas a imágenes de rostros temerosos entre adolescentes y adultos. Tanto en los adultos como en los

adolescentes había una respuesta de la amígdala. En los adultos también se activaba la corteza prefrontal, no así en los adolescentes (Yurgelun-Todd 1998, citado en Schore 2003b: 174). Así pues, como en la infancia, el área límbica madura antes que la corteza prefrontal, lo cual significa que los estados emocionales, incluido el deseo, pueden dominar y resultar difíciles de controlar para el joven adolescente. De nuevo puede entenderse el cerebro adolescente como «obra en curso». En este caso, la inhibición de la respuesta emocional por la corteza prefrontal es hasta ahora incompleta. Esto es importante para la visión que tienen que aportar los padres y los terapeutas para las interacciones con este grupo de edad. También significa que el análisis y la terapia tienen que estar enraizados siempre en lo relacional, que el terapeuta tiene que intentar trabajar de forma asociativa, incentivando la conectividad, y que deberían usarse intervenciones interpretativas, típicas del cerebro izquierdo para apoyar todo esto en lugar de ser el único método empleado en personas jóvenes de este grupo de edad.

Los efectos del trauma

El trauma relacional tanto en la primera infancia como en la adolescencia afecta al desarrollo sano del cerebro. Los conflictos sin resolver de los primeros años suponen un reto para el adolescente, que está luchando por desarrollar un sentido de identidad adecuado, un sentido del sí-mismo como alguien distinto, separado de los demás, pero en relación sana con ellos. Bronstein (2004) señala que los cambios sufridos en la adolescencia y las ansiedades que los acompañan «evocan otra vez las intensas experiencias y ansiedades de la primera infancia. Esas experiencias [...] vuelven a despertarse en un contexto radicalmente nuevo: el de un cuerpo maduro desde el punto de vista sexual» (Bronstein 2004: 23). Para los niños que han sufrido un trauma relacional temprano y que a consecuencia de ello ya tienen unos circuitos corticales subcorticales excesivamente reducidos neuronalmente, esta fase de la vida puede ser abrumadora. Una reducción neuronal aún mayor de estos circuitos ya excesivamente reducidos lleva a la incapacidad de desarrollar o mantener la regulación del lóbulo frontal. La incapacidad de autorregulación resultante se expresa en forma de comportamientos dirigidos por la amígdala, impulsivos, a veces agresivos o llenos de miedo. El hambre o la sed de padre que se origina en la fase de los dos primeros años —ver el capítulo 3— puede convertirse ahora en rabia, desesperación y, por último, en reacciones disociadoras si el padre sigue «ausente» cuando el adolescente lucha contra la reaparición de presiones de desarrollo similares. En 2004 los investigadores demostraron que había un mayor riesgo de que los varones adolescentes acabasen en la cárcel si provenían de hogares en los que había un padre ausente. Sin embargo, el grupo que se enfrentaba al mayor riesgo era el de familias reconstruidas, incluidas las familias con padre y madrastra (Harper y McLanahan 2004: 369).

Putnam (1997), en su análisis de las respuestas disociadoras al trauma en niños y adolescentes, subraya que el abuso, ya sea físico, psicológico o sexual, junto con la negligencia, están relacionados con los tipos de dificultades que surgen en la adolescencia. Señala concretamente la fuerte correlación con la incidencia de las autolesiones, el abuso de sustancias y la somatización, y la falta de pruebas suficientes de la contribución de la genética a la disociación patológica. Señala que «los principales rasgos disociadores son comunes y se encuentran en culturas muy diversas» (Putnam 1997: 197). En 2004 varios investigadores informaron de que un estudio a gran escala de 1696 jóvenes de EE. UU., China, Corea y la República Checa revelaba una gran similitud en el papel que tenían los factores familiares en la sintomatología depresiva y los problemas de comportamiento adolescentes (Dmitrieva *et al.* 2004). En un valioso estudio, Teicher (2000) ha relacionado el abuso sexual a perturbaciones en el desarrollo sano del sistema límbico (similar a las sufridas por pacientes con epilepsia del lóbulo temporal) y del cuerpo calloso (la principal autopista de información entre los hemisferios izquierdo y derecho), así como del funcionamiento sano del hemisferio izquierdo. Algunos investigadores, incluido Teicher (2000), son pesimistas con respecto a la posibilidad de cambio para las personas afectadas. Sin embargo, muchos otros, como

Cozolino, LeDoux, Pally, Perry y Van der Kolk sostienen que el cambio sí es posible. Pally (2000) señala que «como se sabe que poner la atención en algo y verbalizarlo puede aumentar la activación cortical [...], los tratamientos como el análisis [...] sacan provecho de la plasticidad cortical, para modular respuestas emocionales profundamente arraigadas» (Pally 2000: 15). Por lo general se admite que la adolescencia comprende tres etapas que abarcan los primeros años de la franja de diez a veinte años de edad, los años intermedios de esa franja, y, por último, los últimos años de esa franja y los primeros de la veintena.

La pubertad o preadolescencia

Se suele considerar que la pubertad es la etapa que abarca los primeros años de la franja de diez a veinte años de edad o incluso algún año anterior, cuando el cuerpo del joven empieza a cambiar y a madurar de formas que pueden parecerle extrañas al «niño» que lo habita. Es especialmente el caso del niño cuyas vivencias en la primera infancia y luego en la infancia han sido de todo menos adecuadas y cuya memoria puede conservarse en ese mismo cuerpo que está empezando a experimentar sensaciones nuevas y extrañas. Estas sensaciones pueden percibirse como perturbadoras de formas nuevas y de formas ya conocidas. Es el caso particular de los niños que han sufrido traumas físicos (por ejemplo una enfermedad, un ingreso hospitalario y procedimientos invasivos) o abuso físico o sexual en la primera infancia. Un adolescente puede «percibir su cuerpo como “malo” o “inapropiado”, contenedor de todos los aspectos rechazados y desagradables de sí mismo» (Bronstein 2004: 27). En esta etapa pueden surgir trastornos alimentarios, autolesiones, cortes autoinfligidos y comportamientos suicidas. La disociación como defensa puede entrar a formar parte del cuadro clínico, especialmente si los patrones disociadores han surgido en la infancia como estrategias para afrontar una experiencia excesivamente estresante. Como el sentido del sí-mismo de cada persona surge de la experiencia corporal, el joven puede empezar a sentir incertidumbre con respecto a quién es. Astor (1988) describe cómo la experiencia inadecuada en la primera infancia conduce a dificultades con la transformación de la experiencia emocional, corporal, en forma simbólica, algo a lo que luego pueda accederse para pensar sobre ello (Astor 1988: 71). Los traumas en esta fase pueden ser especialmente difíciles de afrontar, sobre todo si vuelve a despertarse algún trauma temprano subyacente, como vamos a ver en el caso de Sharon.

Sharon

Sharon era la segunda hija en una familia en la que el primer descendiente, también niña, estaba gravemente discapacitado desde su nacimiento y no se esperaba que fuese a vivir más que un año. Sharon sólo tenía trece meses menos que su hermana minusválida, que acabó sobreviviendo pero con crisis e ingresos hospitalarios frecuentes. La madre de Sharon dedicaba prácticamente todo el tiempo a ocuparse de la primogénita. Prestó poca atención a la «hija de recambio», que ahora parecía no deseada, sino más bien una carga adicional para una madre que ya se veía estresada al límite. Cuando el padre llegaba de trabajar, su atención iba primero a su mujer y a la hija enferma, pero luego dedicaba tiempo a Sharon, de modo que fue él más la figura de apego más cercana que su madre. El tremendo estrés que suponía la discapacidad causó estragos en la relación de los padres. Siguieron juntos hasta que la hija mayor fue trasladada a una residencia a los trece años de edad. Poco después el padre se fue, se volvió a casar y se mudó a una ciudad lejana. En poco tiempo, Sharon perdió a su hermana y a su padre y se quedó con una madre invadida por la angustia que apenas le hacía caso. Al principio intentó aplicarse en colegio, intentando inconscientemente agradar a sus padres y especialmente ganarse la aprobación y la atención de su madre. Tuvo que enfrentarse a sentimientos de culpa inconscientes, primero por estar sana y luego por tener a su madre para ella sola. Mientras tanto, para su frustración, su madre seguía inaccesible a ella desde el punto de vista emocional. Cuando le atacaron de lleno los efectos de la adolescencia, Sharon no estaba preparada en absoluto para la arremetida. Empezó a expresar su ira y su desesperación, primero teniendo una serie de novios, saliendo a beber y a bailar, consumiendo bebidas alcohólicas de alta graduación y éxtasis, y luego yéndose de casa en cuanto cumplió los dieciséis años para irse a vivir con un hombre de edad más cercana a la de su padre que a la suya y que también abusaba de sustancias. Empezó a ir cada vez menos al instituto, no hacía los exámenes, se acabó deprimiendo e hizo varios ademanes de suicidio bastante serios. Su novio se tuvo que mudar a Escocia por razones laborales y se fue con él. Intentó empezar un curso en una escuela profesional pero sufrió el primero de los muchos episodios psicóticos que hicieron necesario un tratamiento con ingreso hospitalario. El psiquiatra atribuía su estado al abuso del alcohol y de las drogas. Parece que el abandono que sufrió en la infancia, con su efecto inevitable en el desarrollo cerebral, seguido de la pérdida de su padre en la época de la desaparición de su hermana, coincidiendo con las dificultades de desarrollo de la pubertad, debieron de aumentar su predisposición a la drogodependencia y a trastornos psicóticos.

¿Riesgo o razón?

En los adolescentes sanos, los lóbulos frontales que se ocupan de los procesos de raciocinio y juicio están todavía inmaduros, de modo que son incapaces de adelantarse en el futuro y predecir las consecuencias de sus actos. Se cree que esta capacidad aparece entre los 15 y 18 años de edad, pero es posible que los lóbulos frontales no alcancen la plena madurez hasta que el joven llega a los 21 o incluso los 25 años de edad. Restak (2001), al hablar de la plasticidad del cerebro adolescente, añade un comentario que da qué pensar: «Las elecciones que toman los adolescentes determinan la calidad de su cerebro» (Restak 2001: 77). En las anécdotas clínicas se verá que a veces se trata de una toma de riesgos agravada por los estreses de las relaciones o de acontecimientos vitales que está viviendo el joven en ese momento, y a veces de la consecuencia de una primera infancia mala o traumática que ha dado como resultado una adolescencia turbulenta.

La plasticidad permite la programación

La propia plasticidad del cerebro, que tanto valoramos los terapeutas porque mantiene la posibilidad del cambio, es a veces la ruina para el adolescente. El cerebro acaba programado con igual facilidad según patrones de abuso que de cuidado y cariño. Carter (2000) dice al respecto:

El cerebro utiliza el sistema del palo y la zanahoria para asegurarse de que persigamos y logremos lo que necesitamos para sobrevivir. El sistema límbico registra un estímulo del exterior [...] o del cuerpo [...] y crea una necesidad que muestra conscientemente como deseo. A continuación, la corteza cerebral da instrucciones al cuerpo para que actúe de la forma que sea necesaria para satisfacer ese deseo. La actividad envía mensajes al sistema límbico, que libera neurotransmisores parecidos a los opiáceos que aumentan los niveles de dopamina en circulación y crean una sensación de satisfacción.

(Carter 2000: 95)

La plasticidad significa que el desarrollo de la vía de recompensa que se activa con el abuso de las drogas puede hacer que el cerebro acabe enganchado muy rápidamente al placer tremendo que se logra con el uso de las drogas. En los adolescentes que usan estas drogas, el cerebro va siendo literalmente modelado por la dependencia creciente a la respuesta de placer que viene del «la activación electroquímica —asociada a las drogas— de los sistemas de recompensa del cerebro» (Restak 2001: 85). Restak explica en detalle el sistema de recompensa:

La cascada empieza cuando las neuronas del hipotálamo liberan serotonina. Esto activa la liberación de otros neurotransmisores que a su vez permiten que células del área tegmental ventral liberen dopamina. La dopamina viaja hasta la amígdala, el núcleo accumbens y determinadas partes del hipocampo. Junto a la corteza prefrontal, estos centros están involucrados en la formación de recuerdos, explicando por qué las señales visuales y otro tipo de señales asociadas al uso de drogas pueden desencadenar un fuerte mono en personas adictas a estas sustancias.

(Restak 2001: 84)

De este modo, en el abuso de éxtasis o cocaína, el sistema de deseos del joven es estimulado fácilmente por la visión (exterior) del intercambio de drogas o por el recuerdo (interior) de cómo se siente uno drogado. El sistema límbico desarrollado envía el mensaje de «¡Adelante, a por ello!» sin ninguna inhibición de la corteza frontal, que para esa edad es demasiado inmadura todavía como para razonar que «esto podría hacerme daño». El joven haría cualquier cosa por satisfacer el sistema de deseos que se ha activado. Una vez más, la inmadurez de la corteza frontal hace que sea más difícil para el

adolescente razonar «No debería estar haciendo esto», por ejemplo, cuando roba para poder mantener el mono. Las drogas traen consigo una sensación de satisfacción arrolladora producida por la introducción artificial de serotonina, en el caso del éxtasis, y de dopamina, en el caso de la cocaína.

La plasticidad, el poder del sistema de recompensa y del desarrollo todavía incompleto de la capacidad de los lóbulos frontales para inhibir los actos impulsivos, significa que los adolescentes vulnerables, que han tenido unos malos comienzos desde el punto de vista emocional, están especialmente en riesgo.

Los efectos del éxtasis

EL MDMA o metilendioximetanfetamina, producto sintético conocido como éxtasis, estimula la liberación de serotonina, produciendo un subidón eufórico en 45 minutos, y como los efectos empiezan a desaparecer con bastante rapidez, el consumidor suele tomar más para prolongar la experiencia de placer. Hay bastante controversia en torno a los efectos del éxtasis a largo plazo. La investigación llevada a cabo con no humanos indica que el éxtasis actúa como

[una] neurotoxina selectiva, destruyendo las terminaciones de axones que surgen de los cuerpos celulares de serotonina en el tallo cerebral. Dosis repetidas de MDMA provocan una pérdida acumulativa de terminales de axones serotoninérgicos en la corteza cerebral [...]. Las investigaciones [...] han demostrado una actividad de serotonina disminuida en consumidores de éxtasis de uso recreativo en fase de abstinencia.

(Parrott 2002: 472)

Este estudio indicaría que aquellos que usan éxtasis con regularidad o en dosis altas en alguna ocasión corren el riesgo de dañar su propio sistema de producción de serotonina, lo cual produce una depresión a largo plazo. En el mismo número de *The Psychologist* (septiembre de 2002), tres investigadores (Cole, Sumnall y Grob) se mostraban contrarios a esos daños a largo plazo. Sus opiniones fueron impugnadas acaloradamente por Morgan (2002), Croft (2002) y Parrott (2002) en tres respuestas por separado.

Los daños en el cerebro significan daños en la mente

Morgan (2002: 468) sugirió que su estudio presentaba «pruebas arrolladoras de que los consumidores habituales de éxtasis sufren conducta impulsiva y déficits de rendimiento de la memoria verbal, y que esos déficits están asociados específicamente al uso del éxtasis en el pasado», más que a cualquier otra droga. Croft *et al.* (2001) han denunciado deficiencia de serotonina en consumidores de éxtasis, tanto en el grupo de control como en los que consumían cannabis, y defendían que esto, junto con las investigaciones que demostraban una disminución del funcionamiento de la serotonina en ratas (Commins *et al.* 1987) y en primates no humanos (Ricaurte *et al.* 1988), significa que hay que considerar el consumo de éxtasis como una auténtica amenaza. Parrott (2002) menciona estudios que indican los déficits de memoria derivados del consumo de éxtasis (Zakanis y Young 2001) y señala que estudios más avanzados han demostrado que estos déficits son mayores en grandes consumidores que en usuarios esporádicos de la sustancia (Fox *et al.* 2001a, 2001b) y señala que los consumidores de éxtasis refieren mucha más depresión y menos sociabilidad que los que no lo consumen. Su conclusión es que la idea de que estos déficits sean imaginarios, tal como proponen Cole *et al.* (2002), queda «descartada por los estudios hechos con resonancias magnéticas cerebrales, la consistencia de los déficits funcionales humanos y los datos exhaustivos procedentes de la investigación con animales» (Parrott 2002: 473).

La adolescencia media

Brafman (2004: 46) describe el período de los años centrales de las edades entre diez y veinte años como aquellos años en que «los jóvenes tienen que abrirse camino a trompicones, como pueden, en la tarea de desenredar los valores de los años de la infancia que quieren seguir sosteniendo de aquellos que querrían descartar». Señala la «ambivalencia inconsciente (y a veces consciente) con respecto a la desvinculación» (Brafman 2004: 46). Cuando los jóvenes se enfrentan a esos sentimientos de ambivalencia y experimentan una necesidad de cerrarse y de separarse, pueden ser difíciles de manejar las vivencias que presenten dificultades en este ámbito. Las vivencias traumáticas pueden tener un efecto perjudicial en las tentativas del joven de abordar esta fase del desarrollo.

Charlie

La experiencia vivida por Charlie demuestra el riesgo añadido al que se expone un joven si tiene que lidiar con traumas repetidos en esta fase tan frágil para lograr la madurez y la independencia. Charlie fue víctima de un accidente de tráfico cuando tenía casi quince años. Él y dos amigos se habían ido de una fiesta, donde se habían quedado sus padres, para ir caminando a casa, que estaba muy cerca, para poder ir y escuchar un poco de música. Cuando iban caminando, una moto se salió de la carretera, se subió a la acera y atropelló a Charlie. Según el conductor, que se paró y llamó a la ambulancia, Charlie no perdió el sentido y estaba consciente cuando llegaron los paramédicos. Sin embargo, Charlie no recordaba nada del incidente entre el momento en que echaron a andar a casa y el momento en que volvió en sí en el hospital, con su madre junto a la cama.

Al principio parecía que Charlie era la víctima de este único y horrible acontecimiento. Andando el tiempo resultó que el joven Charlie había vivido no uno, sino tres acontecimientos terribles que acentuaron su impotencia y su falta de capacidad de mantenerse a salvo. Aproximadamente un año antes de ese accidente, la familia entera se había visto implicada en un choque en una autopista, del que salieron ilesos, pero que se mezcló con el pánico que vino después. De niño había tenido que ser hospitalizado para un tratamiento de emergencia debido a una infección grave. Así pues, cuando se vio en el hospital con la pelvis rota como resultado del accidente con la moto, se reactivaron los sustratos de angustia anteriores.

Cuando Charlie salió del hospital y volvió al instituto había construido un muro de protección negando sus vivencias. Evitaba hablar de cualquier aspecto del accidente con los demás, pero sufría sueños aterradores por la noche y pensamientos intrusivos durante el día. Empezó a buscar formas de desterrar el trauma de la mente, de mantener a raya el terror. Los dieciocho meses siguientes empezó a «hacer novillos», primero en algunas clases sueltas, y luego ya medios días enteros. Cuando vio que «se salía con la suya», sus ausencias empezaron a aumentar hasta llegar a perderse días enteros de clase. Se encontró con que el cannabis le aliviaba un poco y le ayudaba a huir de pensamientos que no podía soportar. Bebía y salía de fiesta, y a veces consumía éxtasis. Veía que se estaba poniendo en riesgo, pero no podía controlarlo. Sus padres estaban preocupados, esperaban que no fuese «más que una etapa» y creían que un «no» sólo iba a empeorar la situación. Inteligentemente, buscaron otras formas de ayudar a su hijo. El padre creía que algo de terapia le podía ayudar y persuadió a Charlie para que viniese a verme.

El tiempo se había ido distorsionando para Charlie, ya que el trauma del accidente le arrojaba sombras tanto del pasado como del futuro. Charlie creía que él era el más cercano a su padre y que su hermano menor era el más cercano a su madre. A veces era capaz de tener conciencia de la cercanía de sus padres, pero otras veces decía que se sentía solo y no cercano a nadie. Me di cuenta de sus miedos de que no hubiese nadie que pudiese mantenerle a salvo, que a veces sentía como si hubiese sido así siempre. Poco a poco empezó a entender que esa segunda capa de sentimientos con respecto a sus padres era parte de la sombra que se había cernido sobre él a raíz del accidente y de

la dura vivencia que había tenido en el hospital cuando era muy pequeño. De hecho, Charlie, como muchas víctimas de traumas (Terr 1991: 13-14), era incapaz de vislumbrar un futuro seguro. Se sentía como si el siguiente accidente o desastre le estuviera esperando a la vuelta de la esquina. En la terapia tuvo muchas dificultades con la vivencia del hospital y con lo que sentía como una negligencia por parte de su madre, que no supo comunicar a las enfermeras su necesidad de un mejor control del dolor. Ese punto de vista duró mucho y tardó muchas sesiones hasta que de repente se dio cuenta de que era el accidente, no su madre, el responsable de su dolor. No obstante, tuvo que hacer frente una vez más a la percepción de una impotencia y una indefensión extremas y de sentimientos aterradores en relación con los azares del elemento de la suerte en su vida, experiencia muy difícil para un niño que no ha hecho más que entrar en la adolescencia con sus miedos y deseos relacionados con la separación, la autonomía y la capacidad de funcionar de manera independiente.

Después de habernos visto durante unos seis meses, Charlie y su familia se fueron de vacaciones a esquiar al extranjero. No era habitual que la familia pasase tiempo junta, y eso le ayudó a Charlie a «calmarse» y «asentarse». Empezó a ir al instituto con mayor regularidad. Estudiaba bien y acabó bien a pesar de todas las clases a las que había faltado estos años. Decidió hacer un año de los años adicionales opcionales de escuela secundaria que contempla el sistema educativo inglés para obtener las notas que le permitiesen entrar en una escuela profesional, cosa que antes no se había sentido capaz de hacer. Aunque fue liberándose con el tiempo de los *playbacks* del trauma que le asediaban a diario, siguió sufriendo esas ansiedades subyacentes, preocupado por un futuro cierto. No obstante, sus padres me informaron de que poco a poco había empezado a salir a la superficie de vez en cuando el niño alegre y vivaz, bromista y con sentido del humor, que todo el mundo conocía antes del accidente. Con su sensación de catástrofe no podía mantenerlo siempre. Parecía que se le escurría el poder sentir que podía lanzarse al mundo con seguridad y firmeza. Sentía la necesidad de dormir mucho. El estudio se le hacía a veces muy cuesta arriba, y el futuro para el que le decían que tenía que estudiar le parecía algo intangible. Más avances vinieron de la mano de una novia formal, relación que parecía darle en general mucho apoyo. Por esta época caí enferma y las vacaciones del instituto, que se suponía que eran de dos semanas, acabaron siendo cuatro. Esto fue bastante difícil para Charlie. No podía soportar pensar que hubiese ningún resquicio de debilidad, incapacidad o impotencia en mí; era algo que le daba demasiado miedo. Volvió con dificultad después de las vacaciones, y muchas veces parecía que «por casualidad» se ponía clases extra de matemáticas o se apuntaba a eventos deportivos del instituto justo cuando se suponía que tenía que venir a terapia. Decidió dar por finalizada la terapia al final del año escolar, al no tener ya casi síntomas y al ver sus padres que volvía a ser el que era antes. Siguió bebiendo con bastante libertad los fines de semana, pero ya no volvió a fumar cannabis ni a consumir éxtasis. Es muy probable que las dificultades que tenía con el trabajo y la necesidad de dormir fuesen en parte resultado del abuso de sustancias en el que había caído al intentar mantener a raya el trauma, en el período anterior a la terapia. Su capacidad de conseguir controlar la

conducta impulsiva estuvo relacionada especialmente con la calidad de crianza y educación que recibió en esa época y con lo que pudo sacar del trabajo que hicimos en la terapia.

Los analistas han venido asociando tradicionalmente la capacidad de relacionarse con el mundo exterior con la relación con el padre. Así como Stern (1985) ha señalado la técnica inconsciente de desintonización voluntaria, empleada primero por la madre y luego por los demás cuidadores cercanos en el segundo año de vida, los analistas han subrayado también el papel del padre como puente hacia el mundo exterior en esa edad. En la adolescencia se hace todavía más patente la necesidad de un puente hacia el mundo exterior y están bien documentados los problemas surgidos en aquellos adolescentes que han mantenido un vínculo demasiado estrecho con su madre. Charlie y otro adolescente, a los que estuve tratando una vez por semana durante un año, me hicieron reflexionar con mucho cuidado sobre la relación entre el cerebro en proceso de maduración y la mente en proceso de maduración, y considerar también con mucho cuidado la importancia de la relación con el padre en la susceptibilidad de abuso de sustancias. Supongo que como la corteza frontal, responsable del raciocinio y el juicio, va por detrás del sistema límbico en el desarrollo, la disponibilidad y la interiorización de la sabiduría de un buen progenitor sobre cuándo decir «no» puede ser de una importancia decisiva a la hora de proteger al joven de una exposición excesiva a comportamientos incontrolados, impulsivos.

La adolescencia tardía o superior

Es la época en la que el adolescente puede verdaderamente empezar a separarse de los padres, de aventurarse al mundo de la universidad o del trabajo, de buscar otra casa o un piso compartido. Aquellos que se quedan en casa pueden fijar cierto grado de independencia, que simboliza una nueva capacidad de separarse interiormente, y al hacerlo valoran al otro de una forma nueva.

Peter

Peter me fue referido por el director de su curso en el instituto. Era uno de los primeros de la clase, se esperaba que sacase muy buenas notas en los exámenes de acceso a la educación superior, y se le había ofrecido una plaza provisional en una universidad prestigiosa para especializarse en la disciplina que quisiese. Cuando tenía dieciséis años sus padres se separaron. Era hijo único, de niño se había sentido muy cercano a ambos padres y estaba muy apegado a su madre. Cuando los padres se separaron, fue ella la que se fue con su nueva pareja para empezar una nueva vida en otra ciudad. Él y su padre se mudaron a casa de la abuela paterna. Según su abuela paterna, en la época de la separación Peter había sido una persona sociable, razonable, que trabajaba duro durante la semana y al que le gustaba ir a bailar los sábados. Poco después de que se fuese su madre empezó a salir las tres noches del fin de semana, pero siguió estudiando entre semana. Su padre trabajaba muchas horas en un trabajo de pocos ingresos y salía de casa muy temprano todas las mañanas, de lunes a viernes. Cuando se fueron acercando las fechas de los exámenes que le iban a permitir entrar en la universidad, el padre se enteró de que su hijo había dejado de ir al instituto. Resultó que había estado pasando los días tumbado en la cama con las cortinas echadas. Había convencido a la abuela de que no dijese nada. Cuando le preguntaron, dijo que no tenía ganas de levantarse e ir al instituto. Después de la batería habitual de pruebas en el hospital y de no llegar a nada, vino a verme.

Para cuando nos vimos por primera vez, Peter ya había renunciado a hacer los exámenes, estaba muy deprimido y convencido de que se encontraba tan mal que tenía que haber algo mal desde el punto de vista físico, algo que hubiesen pasado por alto los médicos. Estaba de acuerdo en hablar con alguien sobre todo lo que estaba sintiendo. Decía que echaba mucho de menos a la profesora de francés que había dejado el colegio hacía un año. Creía que ella sí entendía sus aspiraciones, sus inquietudes. Mi impresión es que la profesora había sustituido a la madre y a la pérdida. Trayendo con ello el fracaso de la ilusión de maternidad, eso significaba para él que ya no podía arreglárselas. Inevitablemente, la transferencia fue compleja para mí. Esperaba que yo le hiciese entender al médico lo enfermo que se encontraba y estaba seguro de que había algo muy mal en el plano físico. De vez en cuando me era posible vislumbrar el adolescente capaz, independiente y con agallas que había sido, el adolescente al que le encantaban sus asignaturas, que tenía ideas firmes desde el punto de vista intelectual y político, y a la vez el joven al que le gustaba ir a bailar, beber cerveza y consumir éxtasis. La mayoría de las veces me encontraba al joven extenuado, profundamente deprimido, que lo único que quería era quedarse en la cama a oscuras, con las cortinas echadas. Es significativo que hubiese engendrado una profunda aversión a su padre. Creía que era culpa de su padre que su madre se hubiese ido. Al culpar a su padre evitaba su convicción subyacente de que había sido culpa suya que su madre se hubiese ido. Aunque el instituto estaba bastante lejos de casa, empezó a hacer lo que para él era el enorme esfuerzo de ir a clase por lo menos los días que tenía cita conmigo.

Después de verle casi seis meses y cuando se supone que iba a dejar ya el instituto, consintió someterse a la evaluación psiquiátrica recomendada por el médico de familia. Siguiendo las recomendaciones del psiquiatra, empezó una línea de actuación con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Poco a poco fue mejorando la depresión y andando el tiempo cogió un trabajo en el supermercado del barrio. Esperaba poder sentirse lo suficientemente bien más adelante como para hacer un curso de formación profesional, aunque hubiese perdido las esperanzas de obtener un título de primera clase, según el sistema británico, de alguna universidad de prestigio, pero a pesar de todo se encontraba mucho mejor. Yo me preguntaba a menudo si era la terapia de orientación, el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina o el cese de su exposición al alcohol y al éxtasis, o posiblemente la mezcla de los tres factores, lo que llevó a su mejoría, por limitada que fuese. También me he preguntado si, cuando se fue su madre, fue la culpa que echó a su padre, que era el que había «puesto las cosas claras» en casa, lo que hizo que la conducta impulsiva acabase dominando la vida el joven que antes había sido tan disciplinado.

Woodhead (2005) ha analizado la importancia de la relación con el padre en la infancia, entendiendo el padre como el creador de límites, estructuras y moralidad, el que separa a la madre del niño y que estimula el desarrollo de éste, de forma muy similar a como vimos en el caso de Jacques en el capítulo 1. Me encuentro preguntándome a mí misma sobre la importancia de un padre «suficientemente bueno» en la adolescencia a la hora de imponer el dominio de la razón y el control a la impulsividad y el riesgo. Reflexiono también sobre el «reflejo neuronal» del padre que ayudaría a facilitar que tuviese lugar la maduración de la corteza frontal, sin el secuestro del sistema de recompensa por las aparentes delicias de la adicción, delicias y placeres que acaba demostrándose que son demasiado transitorios a medida que el sistema se adapta al abuso.

Resumen

La plasticidad y el rápido cambio del cerebro adolescente, junto a la tarea propia del desarrollo de lograr una mayor separación con respecto a los padres y un sentido del sí-mismo e identidad más claros convierten esta fase de la vida en algo difícil, estimulante y emocionante. Los aspectos de reflejo de la transferencia son decisivos en esta fase, ya que el adolescente tiene otra oportunidad propia del desarrollo de interiorizar la mente de otro. El comentario de Schore sobre la transferencia en general es, por tanto, aplicable especialmente a la adolescencia.

Como la transferencia es un proceso recíproco, las «expresiones de afecto» comunicadas facialmente que reflejan cambios en el estado interno son comunicadas con rapidez y son procesadas perceptualmente dentro del diálogo terapéutico sincronizado afectivamente.

(Schore 2003b: 51)

Schore subraya que la resonancia es uno de los factores más importantes que determinan la sincronización de procesos en el seno del cerebro en su totalidad y defiende luego que es la resonancia afectiva de los estados tipo cerebro derecho dentro de la díada analítica, así como en la pareja madre-bebé, lo que permite los cambios. Creo que la intensidad del encuentro con los adolescentes o con aquellos adultos en los cuales predominan estados mentales adolescentes, que se buscan a sí mismos por medio de la relación con los demás, permite al terapeuta hacer un uso muy eficaz de los procesos cerebrales subyacentes de resonancia y sincronización para generar la empatía afectiva basada en el cerebro derecho que acompaña al adolescente en los momentos más difíciles de la terapia. Aun así, esto sólo puede ser eficaz si el analista reconoce adecuadamente estos estados y acepta su existencia en paralelo a la búsqueda de separación e identidad del adolescente.

Esto puede ser especialmente difícil en el caso de adolescentes que puedan usar defensas bien descritas por Sidoli (2000) al escribir sobre su trabajo con un joven suicida que «se ponía en la piel del papel de conversador como máscara y quería que yo y que todo el mundo creyesen que en verdad se encontraba perfectamente bien» (Sidoli 2000: 47). En su informe sobre este trabajo pone de relieve la importancia de la contratransferencia corporal en la capacidad del analista de comprender «las experiencias tempranas sin transformar de la fase de bebé, a las que no se ha conseguido encontrar sentido, principalmente por la madre, en la relación diádica» para ayudar al joven en el proceso de «nombrar lo que no tiene nombre y describir lo indescriptible» (Sidoli 2000: 47). Bovensiepen (2002) subraya la importancia del proceso de generar un espacio simbólico en el trabajo con niños y adolescentes. Cree que esto surge de «la matriz de la transferencia/contratransferencia [] que, en la relación más temprana madre-hijo, puede llevar a la transformación de la experiencia emocional en una relación diádica» (Bovensiepen 2002: 252). Así pues, aunque suele subrayarse la importancia de la

adolescencia desde el punto de vista de revisión de la experiencia edípica, para muchos adolescentes con problemas o adultos aquejados de estados mentales predominantemente adolescentes, la terapia va a suponer revisar gran parte de la experiencia de desarrollo temprano que no fue bien abordada en la relación más temprana con el cuidador primario. Culbert-Koehn (1997), al escribir sobre estados regresivos en pacientes adultos, señala los sentimientos de «insignificancia, impotencia y vergüenza cuando sale a la luz una dependencia del analista» (Culbert-Koehn 1997: 102). Estos tipos de sentimientos, de sensaciones, son especialmente difíciles de soportar para el estado mental adolescente y necesitan ser abordados con sumo cuidado. Feldman (2004) subraya el daño grave y temprano a la función simbólica que se puso de manifiesto en su trabajo analítico con un paciente bulímico en la adolescencia tardía. Hace hincapié en la necesidad de «crear un espacio seguro en el que las reacciones emocionales a la relación temprana madre/bebé pueda experimentarse y trabajarse en la interacción analítica» (Feldman 2004: 309). Se requiere un trabajo muy delicado, con capacidad de trabajar en los niveles de la infancia más temprana respetando y apoyando al mismo tiempo el sí-mismo adulto emergente, ya sea en el adolescente o en el estado mental adolescente que pueda predominar en un paciente adulto. Lo que yo sugiero es que la sincronía afectiva de cerebro derecho a cerebro derecho es la clave para abordar satisfactoriamente estos retos.

CAPÍTULO 8

LA MENTE-CEREBRO QUE SUEÑA

Los sueños no decepcionan, no mienten, no distorsionan ni disfrazan nada, sino que anuncian inocentemente lo que son y lo que significan [], buscan constantemente expresar algo que el ego no sabe y no entiende.

(Jung 1946: párr. 189)

La escritora norteamericana Lucy Daniels describe de una forma bastante evocadora lo que significan para ella los sueños. Dice lo siguiente:

Los sueños han servido para mis objetivos creativos tanto como despertadores como como ositos de peluche. Me despiertan a una nueva conciencia de las cadenas que quedan de mi infancia desgraciada [y] [] al proporcionarme continuamente pruebas de mi paisaje psicológico del momento, me dan información y coraje para avanzar tanto consciente como inconscientemente.

(Daniels 2000: 10)

En este capítulo examino distintas perspectivas e ideas de la neurociencia contemporánea sobre la naturaleza del proceso de los sueños e intento demostrar la forma en que la investigación en este campo respalda la importancia de la premisa básica de Jung de que los sueños revelan en lugar de disfrazar las preocupaciones emocionales de la persona que sueña. Mi tesis central es que la mente-cerebro que sueña emplea imágenes visuales vívidas para procesar estados mentales emocionales que están implícitos y todavía no accesibles a la conciencia, que intentan salir a la superficie por medio del vehículo del sueño, a la superficie de la consciencia, donde ya puede reflexionarse sobre ellos. Además sugiero que el concepto de plasticidad del cerebro es clave para entender el valor de los sueños y exploro algunos de los procesos neurofisiológicos en los que se fundamenta esta plasticidad.

Seguidamente reviso nuestra forma de entender el proceso del trabajo analítico con sueños a la luz de todo eso. Voy a ilustrarlo con sueños de varios pacientes intercalados con material relacionado con el proceso del soñar.¹¹ En todo momento, mi intención es demostrar cómo la experiencia total intersubjetiva e interactiva en el seno de la diada analítica que se da al trabajar el analista y el paciente con los sueños permite la

construcción del andamiaje emocional necesario para «volver a la mente». Mi propuesta es que los sueños que se sueñan como parte integrante de un análisis tienen un papel vital en el proceso de transformación de los efectos de la experiencia relacional temprana en la mente, no sólo en la contribución que suponen para el diálogo analítico, sino especialmente en el desarrollo del propio analista interior del paciente.

El valor de los sueños y del proceso de soñar

Rossi (2004) y Ribeiro (2004) defienden el valor de los sueños y del proceso de soñar. Así como los estados de activación emocional negativos pueden llevar a la producción excesiva de proteínas de estrés y a la enfermedad, las experiencias psicológicas positivas pueden facilitar la expresión génica, la neurogénesis, la resolución de problemas y la sanación (Rossi 2004: 54). Rossi (2004) cita estudios que muestran que cuando los animales empleados en los experimentos perciben algo nuevo, perciben un enriquecimiento del entorno o hacen ejercicio físico, el zif-268, un gen relacionado con el aprendizaje, se expresa cuando duermen (con sueños) en fase REM, lo cual trae consigo un crecimiento y un cambio de la estructura misma de las vías y conexiones en la mente-cerebro. Mi idea es que la plasticidad del cerebro en respuesta a las experiencias de cada día es clave para entender el valor de los sueños.

Ribeiro hace hincapié en el valor del *insight*¹² proveniente de los sueños, mencionando ejemplos del mundo del arte y la ciencia, añadiendo que «mientras se desconocen todavía los mecanismos biológicos que subyacen al *insight* relacionado con los sueños, los informes subjetivos de este fenómeno de los que disponemos apuntan a que los sueños tienen un papel importante» (Ribeiro 2004: 12). Su conclusión es que «la función de los sueños es recortar y dar forma a los recuerdos adquiridos durante la vigilia, en un proceso cíclico de creación, selección y generalización de conjeturas sobre el mundo» (Ribeiro 2004: 12). Creo que aquí describe parte de la tarea del analista interior.

Ribeiro (2004: 1) describe los sueños como «hilos hiperasociativos de recuerdos fragmentados que simulan acontecimientos del pasado y expectativas del futuro». Me gustaría presentar un sueño relacionado con cambio, con movimiento, un sueño que en cierto modo es el epítome de la función de los sueños y del proceso de soñar. Es un sueño que mira tanto hacia delante como hacia atrás, indicando a la persona que sueña no sólo aspectos del sí-mismo que puede pasar a realizar, sino también la necesidad de explorar el pasado, la sombra, lo que uno sabe inconscientemente para poder hacerlo.

Xanthe

El paciente, una mujer entrada en la treintena, está casada y tiene hijos. Es una gran triunfadora, una mujer con una carrera de éxito y con un título universitario de primera categoría. Tiene dificultades con un superego bastante feroz. Quizá por compensación haya elegido una formación adicional para poder trabajar con familias disfuncionales. Había venido a terapia una vez a la semana durante varios años. Después de mucho pensarlo, y pensando que los niños ya eran suficientemente mayores como para poder organizarse, empezó a pensar en meterse en análisis cuatro veces a la semana. Lo quería para sí, pero sabía que también había una seria posibilidad de que pudiera intentar formarse como analista más adelante. Hablamos sobre lo que podrían implicar ambas cosas. Después de la sesión se fue a casa y esa noche tuvo el siguiente sueño:

Estaba buscando casa. Estaba sentada en el piso superior del autobús, con una compañera, cerca de un espacio abierto. Parecía una zona de parque sin vallar en el centro de la ciudad que conocía bien desde la infancia. En una parte estaban los edificios de la universidad. Al fondo estaba mi colegio y a sus pies una zona bastante deteriorada de la ciudad. El autobús se paró en el cruce, esperando al semáforo en verde, miré hacia abajo y, justo en la esquina del cruce, vi la bella fachada de una casa georgiana con dos salientes laterales. Pensé en serio en comprar esa casa. Nos bajamos del autobús y fuimos a echarle un vistazo. Mi compañera empezó a mostrarme la zona exterior. En un lateral había una fila de establos. Había seis cámaras, y de cada una de ellas salía la cabeza de un caballo. Necesitarían cuidados si compraba la casa. Di la vuelta a la casa y no me cogió por sorpresa ver que la parte trasera del edificio estaba en estado de deterioro. No obstante, no me dio la impresión de que fuese imposible repararla. Todavía estaba interesada de verdad en comprarla, en tener la oportunidad de vivir en ella.

Jung nos recuerda que:

La estratificación evolutiva de la psique se distingue con mayor claridad en el sueño que en la mente consciente. En el sueño, la psique habla en imágenes y da expresión a instintos que provienen de los niveles más primitivos de la naturaleza. Por ello, a través de la asimilación de los contenidos inconscientes, puede restablecerse momentáneamente la armonía de la vida de la consciencia con las leyes de la naturaleza [...] y el paciente puede ser conducido de vuelta a la ley natural de su propio ser.

(Jung 1954a: párr. 351)

En este sueño podemos destacar la imagen impresionante de esta paciente, tal como se refleja en la impresionante fachada del edificio, que contrasta con lo que no se ve a primera vista, la parte trasera de la casa, en estado de deterioro y con caballos en establos que representan la necesidad de impulso y de energía, que requiere atención. Así

como el mirar hacia abajo desde el autobús refleja la tendencia de la paciente a retraerse y mantenerse en una objetividad defensiva, me alentó que la dueña del sueño se hubiera bajado del autobús y, con una compañera (que más tarde identifiqué como «posiblemente tú») había empezado a explorar el edificio con más detalle, demostrando con ello un compromiso con el tipo de viaje que propone Jung.

Le pregunté a mi paciente qué había hecho con el sueño. Contó el sueño otra vez, añadiendo que el precio era de seis millones de libras. Le pareció caro, pero a pesar de todo era algo que había que pensar en serio. Me dijo: «Pensé en el hombre de los seis millones de dólares que acabó destruido. Su pasado desapareció». Con una sonrisa de oreja a oreja añadió:

No obstante, ¡luego fue reconstruido y podía hacerlo todo! Quizá sea lo que pasa con cuatro sesiones semanales de análisis. Eso también es caro, ¿no? Lo único que él era un hombre-robot y ¡el objetivo del análisis no podría ser volverse un robot! Hablamos [mi paciente y su marido] de la formación y de lo cara que podía ser, pero vi que seguía estando interesada. Tengo suerte de que nos las hayamos podido arreglar económicamente. Mmmmm... ¡Seis millones de libras!

Luego dijo: «Lo que no sé es lo de los caballos».

Yo le comenté: «Creo que mencionamos seis años de análisis». Ella contestó:

Ah, sí, es verdad, y entonces pensé que el análisis tenía que ver con sentimientos, con las pasiones y el pensamiento. A lo mejor es eso lo que representan los caballos. Ya sabes, como en Platón, creo que es en Fedro, donde habla de los caballos como pasiones, de recorrer el cielo.

Más tarde, cuando me acordé de cómo se había animado mi paciente, pensé en la descripción que hizo Jung del caballo como «fuerza dinámica y vehicular: [que] arrastra a uno como un arrebató repentino de instinto» (Jung 1954: párr. 347) y el comentario que hizo Hillman de que «los animales despiertan la imaginación [...], que los sueños con animales provocan [...] sentimientos [...] que nos despiertan los instintos» (Hillman y McLean 1997: 2), concretamente los sueños con caballos: «Olvidamos que pertenecen al elemento aire, como si todos los caballos tuviesen alas, volasen contra el viento, con la cola flotando y las fosas nasales bien abiertas» (Hillman y McLean 1997: 47). No obstante, también me acordé de que por el momento los caballos del sueño de Xanthe estaban estabulados, pero no pertenecían a nadie y necesitaban cuidados y atención.

En la siguiente sesión, Xanthe empezó a hablar sobre la zona en la que estaba situada la casa. Para ella era una zona en la que encontraban cosas opuestas: por un lado el mundo de su padre de la universidad, que contrastaba fuertemente con el otro lado del parque con su instituto y la parte más sórdida de la ciudad, una zona en la que no estaba segura de querer aventurarse a entrar. De hecho, a sus padres no les hubiese gustado que la explorase.

Seguimos luego explorando un poco sus miedos en relación con la naturaleza del

análisis, su miedo con respecto a mí como analista, que podría tratarla igual que fue tratado el hombre-robot, el recuerdo que conservaba de la forma excesivamente obstinada de sus padres de controlar su futuro, dónde iba a estar, dónde iba a estudiar (a los ocho años supo qué *college* de Oxbridge tenían pensado para ella sus padres), qué iba a ser de mayor y cómo temería que yo fuese si viniese a análisis cuatro veces a la semana.

Jacoby (1969) señala que un sueño puede proporcionar «imágenes que con frecuencia pueden usarse con el paciente muy oportunamente, ya que las imágenes proceden de su propio mundo imaginario [...]. El sueño también le muestra sus expectativas inconscientes con respecto [al analista]» (Jacoby 1969: 141). Fonagy (2000: 92) comenta al respecto que «es ya algo ampliamente aceptado que hay un aspecto crítico de transferencia en la interpretación de los sueños [...]. Los sueños no se producen aislados, sino que se sueña teniendo en cuenta al analista».

Tal y como subrayó Jung, la verdad emocional es el fundamento del proceso de soñar y al ir recuperando los sueños en la consulta la puede percibir el analista en la contratransferencia. Por medio del trabajo con los sueños en el seno de la diáda analítica se añaden nuevas entidades a las conexiones preexistentes en ambos cerebros-mentes. Volveré sobre este tema más adelante, en este mismo capítulo, pero primero quiero examinar distintas investigaciones sobre la actividad de soñar y la naturaleza del proceso.

La postura de Jung muestra una notable compatibilidad con el conocimiento actual del proceso que se tiene desde la neuropsicología. Jung entendía con gran claridad que los sueños no mienten, sino que comunican la verdad emocional tal como es: esa idea viene confirmada por las últimas investigaciones en neurociencia. Por el contrario, se han puesto en cuestión los conceptos freudianos de disfraz y censura.

¿Qué es entonces soñar?

El soñar está provocado por una actividad cerebral mientras dormimos que es distinta de los estados de vigilia tanto desde el punto de vista bioquímico como de las áreas cerebrales activadas. Kirsch, ya en 1968, llamó la atención sobre la importancia para el mundo analítico que tenía de la investigación sobre los sueños destacando los estudios de Aserinsky, Kleitman y muchos otros, y señaló la urgencia de la «necesidad de una reevaluación de nuestra forma de entender los sueños desde el punto de vista de la psicología basada en las últimas investigaciones» (Kirsch 1968: 1462). En 1953, Aserinsky y Kleitman descubrieron que el cerebro-mente mostraba una autoactivación mientras la persona dormía. Estos períodos de actividad, que tenían lugar cada 90 o 100 minutos, iban acompañados de movimientos oculares rápidos y aceleraciones agudas de las frecuencias cardíaca y respiratoria. Cuando se despertaba a las personas que estaban durmiendo y se les pedía que describiesen la experiencia, se descubrió que la fase REM del sueño se caracterizaba por explicaciones mucho más largas, extrañas y vívidas que las que se daban al despertar en una fase de sueño sin movimiento ocular rápido (NREM). Estudios de este tipo se han repetido una gran cantidad de veces. Solms y Turnbull lo resumen así: «El 90-95 % de los despertares de una fase REM del sueño aporta información sobre los sueños, mientras que sólo 5-10 % de los despertares de una fase NREM produce explicaciones equivalentes» (Solms y Turnbull 2002: 183).

Varios estudios basados en tomografías TEP revelan, de hecho, el patrón de activación regional del cerebro altamente selectivo durante el sueño REM. Importantes grupos de investigadores señalan que en el sueño REM el sistema límbico, especialmente la amígdala, se activa, mientras que se desactivan las áreas frontales o ejecutivas del cerebro. Por ello conceden al sueño REM un papel importante en el procesamiento de las emociones. No es ninguna sorpresa que la activación regional mostrada en estos estudios de neuroimagen confirme lo que los analistas saben ya desde hace tiempo, esto es, que los sueños son el vehículo de la mente para procesar los estados emocionales, especialmente el miedo, la ira, la ansiedad o la euforia, que tanto destacan en los sueños, las pasiones representadas en el sueño de Xanthe por los seis caballos a los que necesitaría prestar atención.

Lo que ocurre ahora es que estos estudios de neuroimagen recientes simplemente confirman por qué hacemos lo que hacemos en el análisis junguiano, es decir, concentrarnos en el estado de ánimo y los afectos que forman la base del sueño, y la relación entre esto y la vida emocional y las formas de comunicarse en la vigilia de la persona que sueña. Hobson describe los sueños como «la exposición transparente de las asociaciones cognitivas del individuo con la ansiedad y sus formas de afrontarla» (Hobson 1999: 170). Insta a los terapeutas a no hacer caso de lo extraño o lo raro y a prestar atención al contenido emocional manifiesto. Hobson comenta que los resultados de las investigaciones no respaldan en absoluto la noción freudiana de disfraz. Su concepto del proceso de soñar es más bien que revela en lugar de ocultar las «preocupaciones más destacadas desde el punto de vista emocional de la mente de la

persona que sueña». Como decía Jung:

Los sueños no decepcionan, no mienten, no distorsionan ni disfrazan nada, sino que anuncian inocentemente lo que son y lo que significan [], buscan constantemente expresar algo que el ego no sabe y no entiende.

(Jung 1946: párr. 189)

La conclusión de Hobson (1999) es que la ansiedad, la euforia/júbilo y la ira son los principales factores que dan forma a los argumentos de los sueños, y añade lo siguiente:

El psicoanalista de mente reformadora debería oír esto como música cerebral de inspiración divina porque sugiere que soñar es un estado consciente en el que el efecto de la emoción en la cognición queda demostrado con mayor claridad que en la vigilia.

(Hobson 1999: 170)

Braun (1999) señala que el sueño REM establece en la corteza cerebral unas condiciones únicas de procesamiento de información aislado funcionalmente del *input* del mundo exterior o del *output* hacia él. El sueño es por tanto una forma única de expresión del mundo interior, el mundo intrapsíquico de la persona que sueña (Braun 1999). La lógica del sueño ignora los aspectos lógicos del pensamiento consciente de una forma que coge a menudo por sorpresa a las personas que sueñan si se despiertan y son capaces de recordar el sueño. Reiser (1999) subraya la naturaleza subjetiva del soñar, que define como «la percepción subjetiva en la consciencia del sueño de operaciones de memoria y cognitivas vitales posibles gracias a las especiales condiciones psicofisiológicas que prevalecen en la mente/cerebro-cuerpo durante el REM y estados de activación cerebral similar durante el sueño» (Reiser 1999: 205). Pueden verse los sueños como estimuladores del desarrollo del analista interior.

A pesar de la amnesia asociada al soñar, está ya claro que soñar tiene un papel vital en la organización afectiva de los recuerdos. Reiser llama nuestra atención sobre «el principio de organización afectiva de la memoria» (Reiser 1999: 203). Explica lo siguiente:

Cada uno de nosotros lleva en la mente-cerebro una red imperecedera de recuerdos almacenados codificados por imágenes [...] percibidas durante vivencias emocionales importantes. Esas imágenes y los recuerdos que codifican están vinculados por asociación con un potencial compartido de evocar complejos de emociones idénticos o muy similares. Esas redes están organizadas en torno a un núcleo de imágenes o partes de imágenes perceptuales que codifican recuerdos de acontecimientos tempranos.

(Reiser 1999: 203)

Los circuitos corticolímbicos toman decisiones de clasificación basándose en casar patrones, permitiendo el aprendizaje mediante la acumulación de experiencia. Se ha visto que las regiones cerebrales responsables de esta actividad se activan fuertemente durante el sueño REM. La exposición más elegante de la relación entre la teoría de arquetipos de Jung y este tipo de codificación temprana puede encontrarse en el libro de Jean Knox (2003), *Archetype, Attachment, Analysis: Jungian psychology and the emergent mind*.

Ya no me sorprende, como lo habría hecho en su día, descubrir a Panksepp, un neurocientífico, defendiendo que los circuitos emocionales subyacentes del cerebro «*inician, sincronizan y energizan* conjuntos de cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos coherentes que constituyen soluciones instintivas primigenias a distintas situaciones arquetípicas que representan desafíos en la vida» (Panksepp 1998: 123, cursiva en el original). Defiende que el sueño REM permite el procesamiento de información por medio del cual los almacenamientos de memoria transitorios llegan a integrarse en los hábitos de comportamiento subconscientes, añadiendo que «quizá las teorías sobre los sueños de Freud y Jung, que sugerían que los sueños reflejan fuerzas emocionales inconscientes y simbólicas que afectan a la persona sigan conservando alguna verdad fundamental» (Panksepp 1998: 129). Su conclusión es que el sueño REM puede ayudar

a solidificar los muchos hábitos inconscientes que están en la base misma de nuestra personalidad. En la explicación última puede que los sueños construyan los potentes patrones psicológicos afectivos subconscientes o preconscientes que nos convierten [...] en quienes somos. Quizá ayuden a construir los muchos mitos y creencias emocionales en torno a los cuales gira nuestra vida.

(Panksepp 1998: 142)

En este fragmento podría parecer que Panksepp atribuye un aspecto arquetípico emergente a la función del sueño REM.

Los estudios de neuroimagen revelan que

los sueños visuales vívidos encienden la corteza visual; las pesadillas desencadenan actividad en la amígdala y el hipocampo se reaviva de vez en cuando para transmitir acontecimientos recientes. Las áreas que parecen más activas por lo general son, por un lado, las vías que llevan las señales de alerta del tallo cerebral a la corteza auditiva, y por otro lado, las áreas motoras adicionales y las áreas de asociación visual —todo lo cual crea «el efecto de realidad virtual que produce soñar»—.

(Carter 2000: 318)

La función de determinadas zonas se ve invertida completamente cuando dormimos con

sueños. Por ejemplo, la actividad de la corteza dorsolateral prefrontal —área de pensamiento y comprobación de la realidad durante la vigilia— disminuye, y se estimula activamente la inhibición —en lugar de excitación— en áreas del cerebro que tienen que ver con la actividad motora (Carter 2000; Panksepp 1998).

¿Qué luz arroja entonces todo esto sobre la función de los sueños?

Hobson y Pace-Schott (1999), después de realizar estudios a gran escala, sacan en conclusión que la consciencia al soñar se diferencia de la consciencia de la vigilia en que el cerebro se activa de abajo arriba en lugar de seguir el modo de arriba abajo del pensamiento de la vigilia. Al soñar, la actividad ascendente comienza en el tallo cerebral, avanza a través del sistema límbico y llega a la corteza medial frontal (que se ocupa de la activación fisiológica y la atención). Señalan que las porciones ejecutivas de la corteza frontal (es decir, la corteza dorsolateral y la corteza orbital prefrontal) se mantienen desactivadas. Terminan diciendo que «la cognición mientras se sueña es extraña por la pérdida de la capacidad organizadora del cerebro, no por ningún mecanismo elaborado de disfraz que libere a ningún estímulo interno de algún significado inaceptable» (Hobson y Pace-Schott 1999: 211).

El sueño REM es un estado único de procesamiento de la información interior sin referencia alguna al *input* del mundo exterior. El analista puede entender perfectamente el sueño como reflejo del mundo interior del paciente, como de hecho hacía el sueño de Xanthe con la casa georgiana, que reflejaba la experiencia y percepción de su sí-mismo.

Estudios realizados por Hobson han llevado a un mejor conocimiento de los efectos concretos de ciertos neuromoduladores en relación con el sueño REM. Se cree que determinadas sustancias químicas clave influyen en el proceso de soñar, y el debate sobre la claridad o la censura como finalidad del sueño se propaga rápidamente. Los neurotransmisores son sustancias químicas que transmiten mensajes de célula cerebral a célula cerebral, es decir, de neurona a neurona, y algunos neurotransmisores son también neuromoduladores que modifican efectos en el cerebro. De especial importancia para comprender el cerebro-mente al soñar son la *dopamina*, que está relacionada con respuestas de curiosidad-interés-expectación y el proceso de soñar, la *norepinefrina*, ligada a la respuesta de emergencia del cerebro al trauma, y la *serotonina*, que regula el estado de ánimo y las emociones.

Hobson (1999) destaca que en los estados de vigilia están encendidos los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, y el sistema colinérgico está atenuado, y que en el sueño REM ocurre justo lo contrario, esto es, que los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico están atenuados y predomina el sistema colinérgico. Hobson señala que la norepinefrina y la serotonina caen al nivel casi de cero durante el sueño REM, mientras aumenta la liberación de acetilcolina a causa de la restricción inhibidora de acetilcolina ejercida por la norepinefrina, y la serotonina disminuye en los períodos de vigilia. Se han demostrado niveles bajos de serotonina en el sueño REM en la amígdala, el hipocampo, la corteza orbitofrontal y la corteza cingular. Esto significa que «el sistema límbico humano se enciende pero se demodula cuando se sueña» (Hobson 1999: 164).

Las conclusiones de Hobson, aunque son congruentes con la visión de Jung del sueño, no concuerdan con los conceptos freudianos clásicos de disfraz y censura. Solms está a la cabeza de la defensa de la visión freudiana clásica del sueño como deseo disfrazado y negado (Solms 1999; Solms y Turnbull 2002: 211-16). Solms subraya la

importancia de la activación del circuito de dopamina en el cerebro cuando se sueña y defiende que es esto, en lugar del predominio del sistema colinérgico, lo que da lugar a todos los estados tan peculiares de las vivencias similares al sueño, incluidas las del soñar mismo. Sugiere que esto activa el sistema que Panksepp ha descrito como circuito de búsqueda, caracterizado por curiosidad y avidez, que hacen que el ego durmiente proteste ante la aparente satisfacción del deseo del estado de ensoñación. Podría cuestionarse no obstante la capacidad del ego de conseguirlo a la vista de la desactivación de gran parte de lo que Solms sería el primero en reconocer como cerebro ejecutivo. Yo añadiría que la tesis de Solms ha surgido de la observación de los efectos de las lesiones en determinadas áreas del cerebro en una muestra de pacientes muy pequeña.

A pesar de todo, este aspecto del trabajo de Solms es de especial interés para nuestro conocimiento de la mente-cerebro al soñar, ya que demuestra las seis áreas del cerebro implicadas en el proceso de soñar. El método de investigación de Kaplan-Solms y Solms (2000) está basado en el desarrollado por el neurólogo ruso Luria, que defendía que las lesiones en distintas partes del cerebro perturban el funcionamiento de distintas formas. La conclusión de Luria (1987) era que observando cuidadosamente a los pacientes con determinadas lesiones se podían identificar los componentes de cada sistema funcional y su localización en determinados tejidos del cerebro. Este método, conocido como «localización dinámica», basado en el estudio intensivo de pacientes con lesiones cerebrales, constituye la herramienta de investigación fundamental del trabajo de Kaplan-Solms y Solms (2000). La consideran un puente vital entre la neuropsicología y el psicoanálisis, ya que hace posible la identificación de la organización neurológica de cualquier facultad mental sin atentar contra los principios del psicoanálisis. Con este método son capaces de mostrar el efecto de lesiones locales en seis áreas concretas del cerebro en el proceso de soñar.

Kaplan-Solms y Solms (2000) definen las tres áreas que al ser dañadas traerían consigo la pérdida de la capacidad de soñar. Subrayan que, en cada área, aunque afecta a una determinada capacidad, esa área en concreto es sólo una de entre varias regiones cerebrales cuya acción coordinada es responsable de esa capacidad. Las lesiones del lóbulo parietal izquierdo afectan a la capacidad de abstracción, la formación de conceptos y simbolización, y llevan a una pérdida de la capacidad de soñar. Las lesiones en la zona parietal derecha provocan defectos en la memoria de trabajo visual-espacial y, por lo tanto, una pérdida de la capacidad de soñar. Los daños en la materia blanca ventromedial de los lóbulos frontales provocan la pérdida de la motivación espontánea y, con ella, de la capacidad de soñar el propio sueño, indicando que, como decía Freud (y también Jung), hay que entender el soñar como un acontecimiento lleno de significado. Se han notado también perturbaciones más sutiles del soñar, por ejemplo, en que las lesiones de las regiones ventromediales occipito-temporales dan lugar a sueños sin imágenes, las lesiones límbicas frontales provocan la pérdida de la capacidad de distinguir los sueños de la realidad, y los equivalentes a los ataques epilépticos en los lóbulos temporales dan lugar a estereotipos de sueños con pesadillas que aparecen en forma de convulsiones o ataques epilépticos y auras en la vigilia y desaparecen con la medicación o cirugía apropiadas.

Con el método de localización dinámica como puente conceptual entre la neuropsicología y el psicoanálisis son capaces, pues, de demostrar que soñar es un proceso dinámico que se despliega en un sistema funcional que se compone de seis partes Kaplan-Solms y Solms (2000).

Braun (1999), al revisar el debate más amplio a la luz de descubrimientos propios y de otros investigadores, defiende que ni la tesis colinérgica ni la dopaminérgica demuestran ser la única explicación del proceso de soñar (Braun 1999: 196-200). Subraya los puntos en común entre los protagonistas y hace hincapié en que «la activación del sistema límbico, en ausencia de un control de arriba abajo de la corteza frontal, proporciona un contexto en el que se manifiestan recuerdos y emociones destacados» (Braun 1999: 198). Previene contra un sistema de dos únicas opciones a la hora de entender los aspectos químicos del proceso de soñar, y sugiere también que ninguna de las teorías va a demostrar constituir una explicación suficiente del proceso de soñar. Sostiene más bien que el patrón de actividad puede estar dirigido «por patrones diferenciales de transferencia de información entre la corteza cerebral y el tálamo, quizás coordinados por el núcleo reticular» o, continúa diciendo, «el patrón puede estar «establecido» en el seno de las propias redes corticales» (Braun 1999: 198).

Cabría preguntarse qué puntos en común existen entre los investigadores. Lo que se ha ido viendo claro con el tiempo es que los sueños procesan estados emocionales, que los sueños tienen su significado, y que el sueño REM parece tener un papel importante en la organización de los recuerdos y la memoria. Me gustaría hacer hincapié, coincidiendo con Braun (1999), en que deberíamos asumir ya que el mapa del significado del sueño está ya cartografiado en su superficie, no disfrazado ni necesitado de decodificación. El propio Braun comenta de hecho que se inclina bastante por estar de acuerdo con Jung, que dijo: «Dudo que podamos asumir que un sueño sea algo distinto de lo que aparente ser» (Jung 1938: párr. 41). Mi conclusión es que, como terapeutas, deberíamos tomar nota de la recomendación de Jung de que «no deberíamos reducir a la mínima expresión el significado del sueño para que encaje en alguna doctrina estrecha» (Jung 1954: párr. 318), sino que deberíamos apreciar que

la imagen «manifiesta» del sueño es el propio sueño y contiene el significado completo del sueño []. Lo que Freud denomina «fachada del sueño» es la oscuridad del sueño, y esto sólo es en realidad una proyección de nuestra falta de conocimientos []. Decimos que el sueño tiene un frente falso sólo porque no somos capaces de captar su verdadera esencia.

(Jung 1954: párr. 319)

Una aproximación junguiana contemporánea al análisis de los sueños

En el material que sigue puede verse una ilustración clínica de la compatibilidad de la visión del soñar de Hobson (1999), Braun (1999) y Reiser (1999) con una aproximación junguiana actual al análisis de los sueños. Demuestra la forma en que la experiencia interactiva total en el seno de la díada analítica conforme pasa el tiempo y reflejada en el trabajo con series de sueños en lugar de con sueños concretos (Jung 1954: párr. 322) posibilita la construcción del andamiaje emocional necesario para que emerja la función reflexiva, el «volver a la mente». Los dos pacientes de los que se habla a continuación tuvieron una madre incapaz de dejar que su bebé se apegase a ella de una manera sana que luego le permitiese ponerse en marcha, separarse y desarrollar una capacidad sana de autorregularse. Ambos tenían padres que estaban ausentes la mayor parte del tiempo y que eran incapaces de ofrecer apoyo emocional a la díada madre-bebé. Estas vivencias tempranas dictaron la naturaleza de sus objetos interiores, el contenido de su mundo interior. Por ello, es el mundo interior, vivido en la transferencia, lo que tiene que abordar el analista en el trabajo con los sueños, en lugar de caer en la tentación de examinar los sueños de los pacientes con traumas meramente de forma reductiva o reconstructiva.

Susan

Me gustaría volver al caso de Susan, que presenté en el capítulo 4, para poder ver algunos de sus sueños. Como ya hemos visto, Susan sufrió una separación prolongada de su madre desde las 6 semanas a los 18 meses de edad, y luego, a los 18 meses, vivió la pérdida casi completa de la única tía que solía venir a quedarse en casa y que hacía de cuidadora primaria en aquella época. A los 3 años de edad aproximadamente se la volvió a separar de su madre. Esta vez la llevaron a cierta distancia para que se quedase con sus primos. Sufrió los abusos de su tío mientras estaba con esta familia. No está claro cuánto tiempo duró esta estancia. Nunca contó nada a su querida tía ni a su madre, ya que su tío le había dicho que moriría si se lo contaba a alguien. Parece que puso aquella experiencia completamente fuera de la mente. Vino a análisis cuando estaba en su treintena debido a que sentía una ansiedad cada vez mayor. Sin que lo supiese su mente consciente, su hija se estaba acercando a la edad que tenía Susan cuando abusaron de ella. Los seis primeros meses de análisis fueron una época de experiencias cada vez más regresivas en la consulta, que le hicieron darse cuenta poco a poco de la enorme cantidad de trastorno temprano que «desconocía». Cuando se fue afianzando ya el trabajo, empezaron a salir a la superficie en muchos sueños vívidos las vivencias que había puesto completamente fuera de la mente, sueños que desarrollaban un sueño repetitivo que había tenido Susan desde pequeña. *A posteriori* se vio claro que los sueños abordaban cada vez con mayor claridad contenidos inconscientes y escindidos de la psique.

Sueño n.º 1

Estaba intentando escapar de un hombre joven y de pelo moreno que la perseguía. Ella tenía a una niña consigo. Había corredores muy largos, quizá fuese algún tipo de hospital o de escuela. Estaba rodeada de mucha gente, cuyos rostros estaban muy despiertos, pero que se comportaban como espectadores, ni ayudándola ni perjudicándola.

Susan comparó esta versión del sueño con su pesadilla repetitiva de la infancia. Este sueño era en color y en él había gente, a diferencia de la pesadilla infantil, en la que huía sola por pasajes oscuros subterráneos o por zonas oscuras y solitarias. En la versión de la infancia, ella era la niña que huía de una amenaza invisible. En el sueño como adulta intentaba ayudar a la niña mientras ambas escapaban del hombre joven y de pelo moreno. Años después iba a encontrar una fotografía de su tío de aquella época y la trajo a la sesión de análisis. No mostraba al hombre calvo, grueso y de edad avanzada que creía que era su tío, sino al hombre joven y de pelo moreno de su sueño.

La naturaleza disociada, separada de esta psique escindida o complejo traumático se reflejaba en otro de los sueños pertenecientes a la prolífica serie de sueños de este período de análisis.

Sueño n.º 2

Era perseguida por un hombre que de alguna manera parecía de mayor entidad.

Corría por pasarelas con agua estancada a ambos lados. Existía el peligro de que ella se cayese y que la cogiesen. La pasarela pasaba por encima de un lago. Llevaba a una zona aislada de agua estancada. Al encontrarse allí se despertó aterrorizada.

Según avanzaba el análisis hubo un pequeño cambio de dirección, una sensación de algo aislado a lo que ella se estaba acercando pero a lo cual no se había enfrentado antes, una sensación de ser llevada inevitablemente a un destino conocido, pero en el que no había pensado todavía. Los sueños que ocurrieron varios meses después, cuando ya había sido posible incrementar el número de sesiones por semana de Susan a tres, lo reflejaban claramente.

Sueño n.º 3

Entró en el metro. Había trenes nuevos de color plateado. Se subió a un viejo tren de color granate que había estado parado un buen rato en un apartadero. El tren salió hacia su destino, no tenía luces. Había figuras negras de hombres en la parte delantera del tren, alguna se inclinaba de vez en cuando sacando el cuerpo del tren en cierto ángulo, y luego volvía a inclinarse hacia el otro lado. Tenía un miedo tremendo de que el tren pudiese estrellarse. El miedo la despertó.

Se volvió a dormir casi inmediatamente y volvió a soñar.

Sueño n.º 4

Le llegaban de todos lados hombres a caballo. Había un revólver. Tenía miedo del revólver. Pertenece a distintos hombres. Tenía miedo de que lo usasen contra ella.

Volvió a despertarse aterrada.

Susan ya no huía de los aspectos destructivos, agresivos, de su mundo interior, sino que estaba más bien avanzando, acercándose o rodeándose de material que emergía del inconsciente en respuesta a la transferencia, que cada vez se hacía más profunda. Este cambio de dirección hacia un mayor conocimiento consciente de las experiencias descartadas, apartadas, no accesibles al conocimiento, que había echado fuera de la mente seguían saliendo a la superficie en muchos sueños muy gráficos. Este potente proceso sanador le parecía como si surgiese de lo más profundo de sí. El análisis del proceso hizo posible la recuperación de sensaciones, sentimientos y recuerdos, y liberó importantes cantidades de energía para vivir que antes habían estado dedicadas a mantener lo impensable fuera de la mente.

¿Qué entiendo entonces por análisis de los sueños?

¿Qué es lo que se explora en realidad cuando trabajan juntos sobre los sueños el analista y el analizante? Ribeiro (2004) sostiene que los sueños repetitivos del paciente con traumas eliminan de una vez y por todas cualquier indicio de que los sueños sean el resultado de una activación cortical aleatoria. Antes bien, subraya que «las pesadillas recursivas son un síntoma importante de un trastorno de estrés postraumático, que se caracteriza por un sueño REM trastornado y con una activación fisiológica excesiva» (Ribeiro 2004: 4). Se ha descubierto que los traumas provocan un desarrollo defectuoso del cuerpo calloso (Teicher 2000), y semejante desconexión funcional lleva a la negación. Pally (2000: 132) comenta que este tipo de «pacientes puede hablar sobre los acontecimientos emocionales, pero niega su significado y su importancia emocionales». El trabajo con los sueños, con el tiempo, puede ayudar, de hecho, a invertir esos efectos, estimulando la conectividad entre ambos hemisferios y en el interior de ellos.

Soñar es fundamentalmente una actividad cortical en la que es la corteza cerebral, con sus miles de millones de neuronas conectoras, la que nos permite experimentar la riqueza de pensamientos e imágenes que emerge del proceso de soñar. Al trabajar con sueños en general, no sólo con los sueños que surgen de los traumas, la persona desarrolla la capacidad creativa de establecer conexiones conceptuales y afectivas entre distintos campos de conocimiento. El material puede empezar a desplazarse desde la memoria implícita inconsciente hacia el campo explícito del conocimiento y la memoria.

Jung describe un proceso similar en relación con el análisis de los sueños cuando defiende la necesidad de asimilación en lugar de la asociación libre en la forma de abordar el analista los sueños del paciente. Define asimilación como «interpenetración de lo consciente y lo inconsciente» (Jung 1954: párr. 327). Subraya que la amenaza del inconsciente disminuye en cuanto el paciente empieza a asimilar los contenidos que antes habían permanecido inconscientes (Jung 1954: párr. 329). Jung concluye: «Ésa es la razón por la que cada sueño es un órgano de información y control, y por la que los sueños son nuestra mejor ayuda para construir la personalidad» (Jung 1954: párr. 332). El trabajo con los sueños es, por tanto, un proceso esencialmente integrador en el cerebro.

¿Pero cómo sucede esto entonces? Los sueños pueden verse como metáforas simbólicas extensas. Jung defiende que los símbolos de los sueños no deberían entenderse como «señales o síntomas», sino como «verdaderos símbolos, es decir, como expresiones de un contenido todavía no reconocido conscientemente o formulado conceptualmente» (Jung 1954: párr. 339). Para mí es especialmente significativo al respecto el trabajo de Levin (1997) y Modell (1997) (ambos citados en Pally 2000), al subrayar que la metáfora enciende múltiples centros en el cerebro, permitiendo un aumento de la conectividad cerebral. Solms sugiere, de hecho, que la consciencia misma puede entenderse como la conectividad que se establece en el cerebro-mente de la persona (Solms en debate con Greenfield 2002).

La metáfora del sueño refleja las preocupaciones concretas de la persona que sueña y

los complejos subyacentes que mueven a esas preocupaciones. Hartmann subraya que «a medida que avanzamos en nuestro continuo desde el pensamiento concentrado de la vigilia hacia el soñar, nuestros procesos mentales se vuelven cada vez más metafóricos» (Hartmann 2000: 69-70). Defiende que el sueño proporciona «la metáfora explicativa de la emoción o preocupación dominante de la persona que está soñando» (Hartmann 2000: 69-70). Como tales, los sueños reflejan patrones específicos de conectividad neuronal en el cerebro de la persona que sueña. Gran parte del uso de la metáfora es sinestésico, reflejando las redes neuronales subyacentes en el cerebro-mente. Este tipo de metáforas emergentes estimula la posibilidad de un encuentro con el inconsciente de una manera muy potente, ya que se ha demostrado que la metáfora enciende más centros en el cerebro que cualquier otra forma de comunicación humana. La metáfora del sueño puede ser vivida o experimentada de forma cinestésica, ya que las funciones normales del pensamiento y procesamiento lógicos desaparecen ante experiencias de sueños vívidas. Hartmann (2000) sugiere que esto se debe a que las redes neuronales que se activan en el proceso de soñar son menos densas que las redes más apretadas relacionadas con el funcionamiento lingüístico y matemático de la mente despierta y enfocada. El uso de la metáfora emergente que hace la mente-cerebro de la persona al soñar permite la posibilidad de un encuentro entre el consciente y el inconsciente, tal como imaginaba Jung. Este encuentro con lo simbólico facilita el proceso de individuación. Jung comparaba el sueño con un teatro en el que «la persona que sueña es ella misma la escena, el actor, el apuntador, el productor, el autor, el público y el crítico» (Jung 1960: párr. 509).

Cambray y Carter (2004: 130) describen el análisis de los sueños como un «proceso coconstruido que evoluciona en sí mismo en una relación continuada y contenedora». En el contexto del trabajo relacionado con traumas relacionales tempranos, es esta relación contenedora la que hace posible soñar lo insoñable como preludio para llegar a poder pensar lo impensable, y como preludio a recrear la experiencia no desde el punto de vista del pasado histórico, sino desde el presente relacional. Covington (1995) insta a que se haga una distinción «entre la reconstrucción histórica dentro de la transferencia y la creación de una historia en dentro del propio marco analítico [] [donde] el presente es ahora protagonista, aunque siga influido a la vez por el pasado» (Covington 1995: 410). Defiende que esta distinción encierra la posibilidad de «una transferencia en la que emerja el futuro sí-mismo del paciente» (Covington 1995: 410). Sus argumentos, aunque dirigidos al trabajo con el discurso en la consulta, se pueden aplicar igualmente al material que emerge del proceso de soñar. El pasado se repasa a nivel de lo implícito y avanza hacia lo explícito, cambiando formas de ser y de comportarse profundamente arraigadas, y produciendo cambios en la naturaleza de los apegos. Cambray y Carter (2004), que entendían el sueño como comunicación de un estado psíquico en un momento determinado, subrayan que «para que tenga valor terapéutico, es clave que la persona que sueña descubra y recupere en el proceso analítico la experiencia afectiva que reside en el sueño» (Cambray y Carter 2004: 131). El sueño va a ser vivido en su conjunto en cierto sentido como implícito, ya que lo implícito habla a lo implícito en el seno de la

díada analítica. A partir de esta experiencia compartida pueden generarse las interpretaciones verbales compartidas oportunas que permitan que lo implícito se haga explícito. Beebe (2005) insta a tener mucho cuidado en la forma en que interpretamos, e ilustra su observación señalando tres tipos distintos de pesadillas, cada una de las cuales requiere un tipo de respuesta distinto del analista. Los dos aspectos del proceso analítico, esto es, el relacional implícito y el interpretativo explícito, son fomentados por el trabajo con los sueños y constituyen una parte intrínseca del proceso de volver a la mente.

Cambray y Carter (2004: 121) instan a que «el método empleado para entrar en la realidad simbólica y conectar con ella debe [] buscar mantenerse cerca del límite creativo». La metáfora emergente, tal como se encuentra en el proceso de soñar, estimula la posibilidad de un encuentro con el inconsciente expresado de una forma muy potente por medio de imágenes vívidas. En algunos pacientes, las imágenes pueden, en un principio,

considerarse como una experiencia transitoria que permite la posible unión de estados del sí-mismo que están [...] desconectados, permitiendo que se oigan las voces de otros estados del sí-mismo y lograr acceder a la estructura dinámica que el paciente define como sí-mismo.

(Bromberg 2000: 694)

En algunas personas, la forma más fácil de expresar esto es mediante una imagen visual, y luego, con dificultad, en la seguridad que proporciona el contexto del consultorio, esa imagen puede llegar a formularse con palabras y sentirse.

Holly

Esta paciente, una mujer mediada la cuarentena, era una de los artistas profesionales que he tratado con los años. Holly percibía imágenes visuales de sueños extremadamente potentes. En un momento dado, la forma más fácil para ella de expresarlas fue precisamente creando imágenes. Las láminas 1-3 muestran varias de esas imágenes. En la época en que se hicieron, nuestro trabajo estaba dominado por la percepción que tenía Holly de mí como analista-madre hostil, perseguidora y destructiva: yo llevaba la proyección de su madre destructiva y perseguidora interiorizada. Parece que la madre interior era bastante parecida a la imagen de su propia madre. Su madre, por su parte, había tenido una crianza inadecuada, lo cual significaba que no había un modelo suficientemente bueno de madre que poder interiorizar, cosa que le hubiera facilitado criar a Holly con mucho más apoyo como madre. En las sesiones, cuando trabajábamos juntas, en algunos momentos parecía que cambiaba de repente, su rostro mostraba miedo por un momento, y luego se volvía duro al cerrarse a mí completamente. Pasaba casi una sesión entera por su dificultad al percibirme como la mala madre. Quedarse sin palabras, en silencio, era el rasgo más llamativo de su estado en esos momentos, cosa que ocurría al verse dominada por un funcionamiento predominante del cerebro derecho, por formas de ser y de comportarse muy arraigadas que provenían de la cualidad traumática de su experiencia relacional más temprana, alojada profundamente en la memoria implícita (cerebro derecho). El punto de inflexión llegó cuando Holly fue a casa y pintó un cuadro que reflejaba un sueño con un gato negro que daba miedo y que maltrataba a un gato de corta edad (ver la lámina 1). Eso le infundió mucho miedo, pero fue capaz de traerlo a la sesión y eso le permitió poner en funcionamiento su hemisferio izquierdo del cerebro mientras reflexionaba sobre el material emergente desde el derecho. Vacilando mucho y con la voz entrecortada, fue capaz de hablar de su incertidumbre sobre si era yo la gata madre negra mala que la atacaba a ella, o si era ella el gato negro malo que me hacía pedazos. Hillman nos recuerda que «el animal que aparece en los sueños nos muestra que la imaginación tiene dientes y garras, que puede despertarnos en pleno pánico y terror por la noche o conmovernos hasta hacernos llorar» (Hillman 1997: 24). Así pues, por medio de la imagen fuimos capaces de hablar sobre cómo se interioriza la agresión, cómo la vivencia tanto de haber sufrido un abuso como de haber sido el abusador habitaba su mundo interior. Hacia el final de la sesión vimos de repente un gato pequeño de color crema, que creímos que simbolizaba la niña que conservaba las esperanzas. Este pequeño gatito es asombrosamente parecido a mi querida gatita, que mi paciente no ha visto nunca ni conoce de manera consciente. Entonces trajo un segundo cuadro pintado por ella, que creía que venía de una parte muy distinta de ella. Combinaba elementos del jardín exterior de la consulta y elementos bonitos de su propio jardín (ver la lámina 2). El contorno abrupto del brezal que había en la parte de arriba fuera de mi consulta, que la había aterrado en la primera visita, se había fundido con la verja del jardín. El borde se había convertido en un lugar agradable en el que podía pasear libremente la gente, como de hecho es en realidad.

A los pacientes les resulta difícil superar el miedo y pueden agarrarse a una vivencia con el analista que les haga sentirse bien y que sea contenedora. El miedo y la rabia se mezclan y muchas veces sólo pueden sentirse al ser proyectados, lo cual puede hacer que en cualquier momento se perciba de repente al analista como espantoso objeto sádico. Susan, a la que mencionamos antes (p. XXX), trajo a la consulta más sueños que ilustraban este aspecto y que proporcionaban la oportunidad de trabajar tanto los aspectos idealizados como los aspectos persecutorios de la transferencia.

Susan

Sueño n.º 5

Soñó con un precioso recipiente lleno de agua fresca y clara que borboteaba en su interior. Al inclinarse sobre él para tomar un trago pudo ver una mano que llegaba hasta ella desde dentro del agua. Abrió su mano para tocar los dedos. De repente se convirtió en una piraña feroz que empezó a comerle los dedos. Sacó la mano del recipiente pero le habían desaparecido cuatro dedos.

Otros dos sueños ilustran el mismo tipo de conflicto.

Sueño n.º 6 «Caperucita roja»

Fui a visitar a mi analista, o a mi queridísima abuela. La miré a la cara y me encontré con el rostro de un oso o de un zorro. Me desperté aterrorizada.

Sueño n.º 7 «El analista-pene»

La analista y yo fuimos juntas al teatro. Justo cuando estábamos buscando nuestros sitios hice un falso gruñido. Ella se convirtió inmediatamente en una figura tremendamente alta, nervada, como entre rosada, beis, gris. Me desperté con el grito de miedo que di.

El trabajo de Quinodoz con sueños paradójicos es pertinente en este caso. Sugiere que algunos sueños que incluyen un «contenido primitivo que induce a la ansiedad y que aterra a la persona que sueña» (Quinodoz 2002: 3) pueden indicar en realidad el cumplimiento de una fase de integración psíquica, a pesar de que el contenido se centre en la situación interior regresiva que acaba de superarse. Quinodoz especula con la posibilidad de que ese tipo de sueños indique una unión de partes escindidas que regresan al sí-mismo de la persona que ha tenido el sueño (Quinodoz 2002: 47).

Para Susan, la experiencia de transferencia había cambiado considerablemente al terminar su análisis, y sus sueños reflejaban esta nueva perspectiva, que reflejaba el cambio fundamental que había tenido lugar en su mundo interior.

Sueño n.º 8 (Susan tituló este sueño «La nueva pareja interior»)

Susan estaba de viaje con una pareja que le trataba como su fuese su hija. Compartían una cabaña y Susan estaba en una cama individual. Al otro lado de la habitación estaba también en la cama la madre. Estaba tranquila y le sonreía a Susan. Era una mujer de pelo moreno y aspecto italiano, con una piel de color crema. Le recordaba a Susan tanto a su analista como a una madre. El padre entró en la habitación y ella percibía su bondad. De repente, cuando el padre le habló y la levantó con tacto, se dio cuenta de que ella era muy pequeña y vio lo tensa que estaba y cómo el cogerla le permitía relajarse. Cuando el padre estaba haciendo eso, ella se dio cuenta de que la tía, que había entrado en la habitación detrás de él, se

estaba retirando discretamente por la puerta. Al salir la tía, Susan se despertó.

Al reflexionar en la sesión sobre lo que había soñado en una época tan cercana al final de su análisis, fue capaz de darse cuenta de que había ahora la imagen de una nueva pareja parental en su interior y ya no necesitaba el análisis de la forma tan especial que lo había necesitado hasta entonces. En la infancia, su tía era la única que había mantenido vivo el conocimiento del verdadero sí-mismo de Susan en su mundo interior, y ahora el trabajo había permitido que emergiese y floreciese el verdadero sí-mismo de Susan.

Stewart (1992) describe de una manera bellísima la relación entre lo interior y lo exterior, de la experiencia de la transferencia y la imagen del sueño:

A partir del desarrollo de las relaciones personales exteriores en la transferencia, donde surgen experiencias de espacio, movilidad y separación, es como se produce la interiorización de estos procesos y experiencias para dar lugar a experiencias interiores de espacio, movilidad y separación, tal como se manifiestan en estas experiencias de sueños.

(Stewart 1992: 39)

Resumen

Espero que los sueños sobre los que he invitado a reflexionar según hemos ido avanzando en el capítulo hayan servido de ilustración clínica de la compatibilidad de la visión neurocientífica del soñar con la forma junguiana contemporánea de abordar el análisis de los sueños. Los sueños hablan por sí mismos, hilando el pasado y el presente, la transferencia y la realidad, de una forma que demuestra el intento sano de la mente de casar patrones y, de este modo, asumir experiencias emocionales difíciles del pasado. Los sueños sólo se hacen «soñables» con el contexto de la relación analítica, que ofrece el apoyo emocional necesario.

Sherwood (2005) argumenta la necesidad de un acercamiento sofisticado a la capacidad de soñar, señalando que los junguianos están en «una posición única para hablar sobre la naturaleza de los sueños, porque [ellos] han estado trabajando con los sueños y explorando su realidad durante mucho tiempo». Ella sugiere la formación de un grupo de trabajo «para explorar la interfaz entre nuestra literatura sobre soñar y la investigación con neuroimágenes para abrir un diálogo con los investigadores de los sueños» (Sherwood 2005). A medida que la investigación de los sueños avance, lo cual predigo, el siglo XXI dispondrá de «un nuevo concepto de trabajo con los sueños que integre plenamente la neurología con la experiencia subjetiva del sí-mismo [y que llevará] el sello serio de la ciencia» (Gamwell 2000: 55) que tanto Freud como Jung deseaban.

Notas al pie

11. N. del T.: En español, según el DRAE, la palabra «sueño» indica tanto el «acto de dormir» (*sleep*) como el «acto de representarse en la fantasía de alguien, mientras duerme, sucesos o imágenes» (*dreaming*) y los «sucesos o imágenes que se representan en la fantasía de alguien mientras duerme» (*dreams*). A fin de ganar en precisión, se ha decidido traducir *dreaming* por «el soñar», *dream* por «sueño»

12. N. del T.: *Insight* es una palabra inglesa de difícil traducción directa, al ser una mezcla de «entendimiento», «conocimiento» y «percepción», de captar la esencia de algo, un conocimiento de una verdad que se nos aparece como revelado a partir de vivencias o de reflexión.

CAPÍTULO 9

EL SÍ-MISMO EMERGENTE

El nacimiento de la personalidad en uno mismo tiene valor terapéutico. Es como si un río que se hubiese desviado por ciénagas y riachuelos secundarios de repente volviese a encontrar la forma de volver a su cauce original, o como si alguien quitase una piedra de encima de una semilla que estuviese germinando para que el brote pudiese comenzar su crecimiento natural. La voz interior es la voz de una vida más llena, de conciencia más amplia y completa.

(Jung 1954c: párr. 31 7-18)

La última área que he elegido para analizar es el sí-mismo. Quiero explorar la relevancia de los conocimientos de la neurociencia que han llevado a mi forma de entender la emergencia del sí-mismo como un proceso que está supeditado a la relación con el otro, el sí-mismo como algo relacional. Para mí, la base más profunda del sí-mismo es asociativa, surge de una disposición innata a relacionarse con otro, algo que es especialmente evidente al nacer y en los primeros días de vida. Como el sí-mismo emerge de experiencias de relación, un sentido del sí-mismo sano está supeditado a una buena experiencia con el cuidador primario. Una mala experiencia temprana no lleva tanto a una represión, aunque eso pueda ocurrir en circunstancias más leves, sino más bien a estados del sí-mismo disociados que pueden variar en cuanto a gravedad, estando en uno de los extremos del abanico de posibilidades las señales de multiplicidad que se encuentran en los trastornos de identidad disociadores. Por ello, no hago tanto hincapié en la experiencia que surge de forma endógena de la acción de los impulsos —como en la teoría clásica freudiana—, sino más bien en la que surge de manera exógena de ese relacionarse de forma empática con el cuidador primario, algo que es vivido primero corporalmente y que da lugar a una conectividad cada vez mayor en el cerebro. Así pues, la visión de la autoconciencia es de una creciente conectividad en circunstancias suficientemente favorables, o de desconexión cuando ha habido una experiencia inadecuada. Esto concuerda con lo que pensó Jung toda su vida y con algunos de los primeros escritos de Freud, pero contrasta con la última forma que tuvo este último de ver el consciente y el inconsciente como un sistema jerárquico, en el que la regresión permite que lo inaceptable se hunda y desaparezca de vista.

El sí-mismo asociativo primario

Desde la concepción, el futuro bebé depende de otro para poder desarrollarse y convertirse en un ser que viva en relación con otros. Al nacer, los bebés, si se los deja, reptan por el vientre de la madre por sí solos buscando el pezón. Durante ese proceso a veces miran sostenidamente a la cara a la madre (Johnson y Johnson 2000). En el capítulo 3 del libro he descrito la importancia del rostro de la madre para Jacques, el bebé de dos meses. Woodhead (2004) (ver el capítulo 3) describe el proceso de «nombrar» al bebé juntos como parte de su trabajo a la hora de ayudar a una madre traumatizada a conocer de verdad a su hija como «sí-mismo psicológico», señalando que cuando ese bebé miraba a su madre a la cara era «más probable que viese el sufrimiento preocupado de su madre que no que se viese a sí misma [Nadia]» (Woodhead 2004: 148-9). No sin razón, describía Schore el rostro de la madre como «el estímulo visual más potente en el mundo del bebé» (Schore 2002: 18).

Partiendo de la idea de sí-mismo de Jung, Fordham (1969) postuló la existencia de un sí-mismo primario, presente al nacer, que se desarrolla mediante un proceso de desintegración y reintegración según va enfrentándose al mundo exterior e interactuando con él. Astor señala que así como el modelo de Fordham subraya la condición del bebé como persona independiente, también da importancia a la necesidad de un encaje adecuado entre el bebé y la madre para que pueda tener lugar cada secuencia de desintegración y reintegración. Astor comenta al respecto: «Era importante en este proceso la capacidad de la madre de recibir y de dar sentido a la comunicación del bebé de tal forma que el bebé interpretase por la atención de la madre [...] que [...] le podía entender» (Astor 1998: 12). En esta conexión, el estudio de Tzourio-Mazoyer *et al.* (2002) ha indicado la importancia del rostro de la madre en el desarrollo de la relación social posterior, señalando que en los intercambios tempranos de sonrisas con la madre, así como en la protoconversación que los acompaña, los bebés emplean la zona del hemisferio derecho que más adelante se va a convertir en sede del lenguaje.

Es precisamente en el área de la comprensión del concepto del sí-mismo en la psicología profunda donde tiene especial importancia la perspectiva junguiana para los estudios empíricos en neurociencia que han ido desarrollándose desde el comienzos de la década de los noventa, aunque haya que preguntarse siempre qué entiende exactamente el autor por el término «sí-mismo». La idea de sí-mismo como totalidad de Jung y la idea de Fordham del bebé como «unidad psicosomática o sí-mismo», que es la que va a contribuir a la desintegración de todas las estructuras psíquicas según vayan diferenciándose en crecimiento, concuerdan especialmente con el trabajo de Damasio (1999), Panksepp (1998) y LeDoux (2002). La idea de una conciencia del sí-mismo como ser consciente con una mente capaz de intencionalidad, deseo, creencias y emociones es menos compatible con la idea del sí-mismo nuclear de los neurocientíficos, pero sí encaja en su visión de un sentido del sí-mismo que surge gradualmente a medida que la experiencia de relacionarse con otro va construyendo la conectividad en el cerebro en desarrollo. Damasio, por ejemplo, sugiere un «precedente biológico preconsciente»,

enteramente fuera de la consciencia, que ha denominado «proto-sí-mismo» (Damasio 1999: 153). Con ello hacía referencia a una fundamentación del sí-mismo basada en el cuerpo y esencialmente inconsciente, desde la que puede desarrollarse el sí-mismo nuclear que podemos percibir todos en nuestro interior. Cambray (2005) observa que tanto Jung como Damasio volvieron al siglo XVII para fundamentar su pensamiento sobre las relaciones mente-cuerpo (Jung exploró los escritos de Leibniz de modo similar al que lo ha hecho Damasio en su más reciente búsqueda de sentido basada en la obra de Descartes y Spinoza). Cambray comenta al respecto: «Desde esta perspectiva, la mente no puede reducirse únicamente a pura actividad cerebral ni tampoco puede considerarse un agente completamente independiente. El mundo mental surge de lo somático o sobreviene a éste» (Cambray 2005: 197). Así pues, como nos recordó Peter Fonagy en un congreso celebrado para conmemorar el 50º aniversario del Centro Anna Freud, «hay un error, que es ver la mente como mero producto del funcionamiento cerebral, mientras que es la que lo determina [...]. Hay que estudiar la mente para poder entender el cerebro» (Fonagy 2002).

Los neurocientíficos subrayan la importancia de las zonas de convergencia que reciben e integran *inputs* de muchas áreas cerebrales distintas. Solms y Turnbull señalan las áreas concretas de la parte superior del tallo cerebral, que reciben *inputs* de todas las modalidades sensoriales y que generan un «mapa virtual» del cuerpo músculo-esquelético. Son adyacentes al área en la que tiene lugar el cartografiado de los estados viscerales internos. Sugieren que juntos estos dos mapas, al cartografiar «lo interior» y «lo exterior», generan una representación de la persona completa, combinando los cuerpos interior y exterior (Solms y Turnbull 2002: 110). Esta región es también la que lleva a Panksepp (1998) a proponer un proceso fundacional coherente, que denomina «representación del sí-mismo [o] esquema del sí-mismo primordial [que] proporciona el *input* a muchos analizadores sensoriales y [...] está fuertemente influido por los circuitos emocionales primarios» (Panksepp 1998: 309). Opta por llamarlo SELF, que para él significa «Simple Ego-type Life Form, instalado en lo más profundo del cerebro» (Panksepp 1998: 309).¹³ Sugiere que el SELF surge primero durante el desarrollo temprano de un proceso motor organizado coherentemente en el mesencéfalo subcortical, aunque llegue a estar representado de forma muy distribuida en las regiones superiores del cerebro en función de la maduración neuronal y psicológica. Continúa diciendo que «los estados afectivos básicos, que surgen inicialmente de la neurodinámica cambiante del mecanismo de representación del SELF, pueden proporcionar el andamiaje psíquico imprescindible para las demás formas de consciencia» (Panksepp 1998: 309). Así pues, la perspectiva interactivista del desarrollo es apropiada tanto para entender nuestra teoría arquetípica como para poder apreciar en su totalidad la visión arquetípica junguiana del sí-mismo.

De hecho, a pesar de la preferencia de Panksepp por la terminología freudiana, su idea del SELF parece estar mucho más cerca de la de Jung, que defendía que «el sí-mismo no es sólo el centro, sino también la circunferencia completa que abarca tanto lo consciente como lo inconsciente. Es el centro de esta totalidad, como el ego es el centro

de la consciencia» (Jung 1953a: párr. 44). Su explicación continúa así:

El sí-mismo es una cantidad a la cual está subordinado el ego consciente. Abarca no sólo la psique consciente, sino también la inconsciente, y es por ello, por así decir, una personalidad que *también* somos [...]. No hay apenas esperanzas de llegar a tener siquiera una consciencia aproximada del sí-mismo, ya que da igual todo lo que hagamos consciente, que siempre va a existir una cantidad indeterminada e indeterminable de materia inconsciente que pertenece a la totalidad del sí-mismo.

(Jung 1953b: párr. 274, cursiva en el original)

El sí-mismo, manifiesto en muchos estados del sí-mismo

LeDoux (2002), en su libro *Synaptic Self*, escribe: «El sí-mismo es la totalidad de lo que el organismo es desde el punto de vista físico, biológico, psicológico, social y cultural» (LeDoux 2002: 31). Con ello se acerca a la visión junguiana del sí-mismo como totalidad. Continúa diciendo «que no todos los aspectos del sí-mismo suelen manifestarse simultáneamente y que los distintos aspectos pueden ser hasta contradictorios y presentar aparentemente un problema de una complejidad desesperante» (LeDoux 2002: 31). Añade lo siguiente:

Los distintos componentes del sí-mismo reflejan la intervención de distintos sistemas cerebrales [...] mientras la memoria explícita está mediada por un único sistema, hay varios sistemas que almacenan información implícitamente, permitiendo que coexistan muchos aspectos distintos del sí-mismo.

(LeDoux 2002: 31)

El procesamiento de información (incluidas las interpretaciones) tiene una fuerte tendencia al hemisferio izquierdo, al ámbito explícito y declarativo del hipocampo. Para poder conocer y comprender los estados del sí-mismo en pacientes que han sufrido traumas relacionales tempranos, la clave va a estar alojada en la memoria amigdalina, implícita, emocional, de hemisferio derecho, a la que sólo puede accederse mediante formas de ser, sentir y comportarse. Siegel propone lo siguiente:

Los estados mentales básicos están aglomerados, agrupados en sí-mismos especializados, que son estados mentales duraderos que tienen un patrón de actividad que se repite en el tiempo [...] que existen en el tiempo con un sentido de continuidad que crea la percepción de la mente.

(Siegel 1999: 231, cursiva en el original)

No obstante, Siegel termina diciendo que una buena resolución de las dificultades sufridas por aquellas personas con estados del sí-mismo desconectados unos de otros puede no ser tanto una sensación de continuidad como «la forma en que la mente integre una sensación de coherencia [...] entre los estados del sí-mismo en el tiempo» (Siegel 1999: 231).

¿Quién soy?

Después de todo esto, entonces, ¿qué sí-mismo es el que experimentamos en un momento dado y cuál es el efecto de la vivencia traumática en el desarrollo del sí-mismo?

Me gustaría seguir el ejemplo de Redfearn y pasar por un momento a la exploración de la identidad tal como la retrató A. A. Milne en el clásico infantil *Winnie the Pooh* (Redfearn 1985). En su trascendental libro *My Self, My Many Selves*, Redfearn nos recuerda que cuando un Winnie the Pooh hambriento se encuentra en el agujero de su amigo Conejo, recurre a él sabiendo que puede contar con él para que le dé un poco de miel y que es posible que esté dispuesto a escuchar la nueva canción que se ha inventado Winnie the Pooh (Milne 1958: 35-6).

Cuando Winnie the Pooh pregunta primero si hay alguien en casa, Conejo, por nerviosismo e incertidumbre, responde haciendo como que no está y dice que Conejo se ha ido a hacer una visita a su amigo Winnie the Pooh. Todo termina cuando el oso Pooh consigue convencer a su amigo de su identidad y vuelven a estar juntos otra vez —puede leerse el texto completo en inglés en:

<http://www.poohfriends.com/winniethespooh/thingstoread/chapter2.htm>—.

Redfearn concluye diciendo lo siguiente:

La creación de la identidad personal es cuestión de negociación. Las distintas identidades que se crean están en función del objetivo del momento [...]. Sin darnos cuenta, la sensación de «sí-mismo» puede ser ocupada primero por un Pooh hambriento en nuestro interior, luego por un Conejo lleno de miedo, y así sucesivamente. Hay un desfile aparentemente interminable de subpersonalidades dentro de nuestra personalidad total, todas ellas dispuestas a salir al escenario y a representar los papeles que tienen asignados.

(Redfearn 1985: xi-xii)

Redfearn habla sobre el mundo interior de una paciente desde el punto de vista de las subpersonalidades y observa que las «figuras son “arquetípicas” en el sentido de que aparecen en muchos mitos, cuentos de hadas, símbolos religiosos, etc.; sin embargo, eran muy personales y eran bastante parte de su peculiar historia personal y traumas de la vida real» (Redfearn 1985: 119).

Searles expresaba su opinión de esta forma:

Cuanto más sana es una persona, más conscientemente vive sabiendo que hay una miríada de «personas» —objetos internos, cada uno con cierto sentido de identidad — dentro de ella. Reconoce este estado de su mundo interior como lo que es: no una amenaza de locura, sino la fuerza que reside en la condición humana.

(Searles 1986: 80, citado en Everest 1999: 460)

Jung entendía los aspectos más radicalmente escindidos o disociados de la personalidad como «psiques escindidas autónomas» o complejos traumáticos que se escindían a causa de la experiencia traumática (Jung 1934a: párr. 203). Jung comenta al respecto: «Un complejo traumático trae consigo la disociación de la psique. El complejo no está bajo el control de la voluntad y, por esta razón, posee la cualidad de autonomía psíquica» (Jung 1928: párr. 266). La forma de Jung de entender estas escisiones jerárquicas, que surge de su trabajo con Charcot y Janet, está mucho más en la línea de los que adoptan una perspectiva relacional en la actualidad que de la que derivó del Freud de la última época, que renunció a las ideas que compartía con Janet y Charcot a favor de una organización estructural dividida en horizontal en lugar de en vertical. J. M. Davies (1996) observa al respecto que

el inconsciente clásico es [...] un modelo basado en la represión [...] organizado en torno a una estratificación del desarrollo [...] que indica la historia de los impulsos y derivados de impulsos vinculados a objetos *organizados de forma endógena* y específicos de cada fase [...] en lugar de por *las cualidades y texturas reales de las interacciones sí-mismo-objeto*.

(Davies 1996: 561, cursiva en el original)

Stolorow nos recuerda lo siguiente:

El problema de la teoría clásica no era que estuviera centrada en lo intrapsíquico, sino su incapacidad de reconocer que el mundo intrapsíquico, al formarse en el seno de una jerarquía de sistemas vivos y dinámicos, depende muy finamente del contexto y es sensible a él.

(Stolorow 1997: 866)

Davies (1996) abre su elegante y perspicaz artículo con una descripción que hace Masud Khan (1971) de una primera sesión con una paciente. Dice lo siguiente:

Le había contado su historia de una forma circunspecta y reticente [...]. Según le miraba y le escuchaba tenía la misma impresión que uno tiene al mirar a una imagen sincronizada en la pantalla del televisor: había dos personas bien distintas superpuestas, pero era muy difícil saber qué era de cada una o qué era cada una.

(Khan 1971: 236, citado en J. M. Davies 1996: 553)

Davies plantea luego algunas de las preguntas que ahora preocupan al mundo analítico sobre las cuales podría verter alguna luz el campo de la neurociencia. Pregunta lo siguiente: «¿Es el sí-mismo integrado, singular, coherente interiormente y está estructurado linealmente en el lecho acumulativo de crisis de desarrollo propias de cada

etapa?» (Davies 1996: 553). Más adelante pregunta también: «¿Es la idea misma de un mundo interior integrado en una ilusión necesaria, un conducto funcional, metafórico, que proporciona un paso seguro por aspectos intrínsecamente más discordantes de aspectos interiorizados pero esencialmente irreconciliables de la experiencia sí-mismo-otro?» (Davies 1996: 553). Hace referencia a la idea de la mente de William James como «confederación de entidades psíquicas» (Taylor 1982: 35, citado en Davies 1996: 553) y a continuación sugiere que los extremos de organización del sí-mismo que se ven en pacientes que sufren multiplicidad pueden, de hecho, «representar la manifestación extrema de lo que quizá sea una plasmación más precisa de la estructura interna de la mente» (Davies 1996: 554).

El sí-mismo asociativo

Como nos recuerda LeDoux,

Los distintos componentes del sí-mismo reflejan la intervención de distintos sistemas cerebrales [...]. Mientras la memoria explícita está mediada por un único sistema, hay varios sistemas que almacenan información implícitamente, permitiendo que coexistan muchos aspectos distintos del sí-mismo.

(LeDoux 2002: 31)

Los esquemas del sí-mismo más tempranos propuestos por los teóricos del apego son el andamiaje de la mente, construido por las primeras experiencias de relación que están almacenadas en la memoria implícita, y pueden ser más o menos coherentes dependiendo de la coherencia de la experiencia temprana del niño. Devinsky nos recuerda que «el hemisferio derecho del cerebro domina nuestra conciencia del sí-mismo físico y emocional [...] y un sentido primordial del sí-mismo» (Devinsky 2000: 69). Siegel comenta por su parte que «las conexiones humanas dan forma a las conexiones neuronales de las que emerge la mente» (Siegel 1999: 2). Jacques (ver el capítulo 1), cuya experiencia temprana fue de coherencia y continuidad de cuidados llenos de cariño y empatía, se ha convertido en un joven con un sentido claro y coherente de quién es. Es capaz de funcionar con eficacia en muchos aspectos de ser y relacionarse. Bromberg explica lo siguiente:

La configuración cambiante de los estados del sí-mismo que llamamos identidad del sí-mismo [*Self-hood*, en inglés] [...], para poder funcionar de manera óptima, tiene que ser a un tiempo fluida y robusta [...], [este] logro del desarrollo [...] depende [...] del grado en que se haya logrado la capacidad de regulación de la afectividad y de competencia afectiva.

(Bromberg 2000: 688)

Schore, por su parte, añade:

La seguridad del vínculo de apego está directamente relacionada con el principio de neurobiología del desarrollo de que las experiencias de apego seguro óptimas facilitan la maduración de un sistema regulador de la afectividad de lateralidad diestra, maduración que en sí depende de la experiencia.

(Schore, 2009)

El sí-mismo disociador

Nuestra idea de la teoría del apego y de la teoría de los traumas y del proceso de disociación ha surgido de una conciencia y una comprensión creciente de pacientes que, en lugar de, como sugiere Redfearn (1985), moverse con facilidad entre los distintos aspectos de ellos mismos manteniendo a la vez un sentido de un «yo» sí-mismo nuclear, tienen dificultades a la hora de mantener un sentido de coherencia cuando se enfrentan a lo que desencadena recuerdos implícitos de una experiencia temprana dolorosa desde el punto de vista físico. Esto ha llevado a Davies a sugerir que «la estructura inconsciente de la mente tiene una naturaleza fundamentalmente disociadora en lugar de represiva» (Davies 1996: 564). Yo diría que el estado inicial del cerebro es de no asociación en lugar de disociado, que en la salud el impulso natural es hacia una conectividad siempre en aumento que da como resultado estados asociados de la mente, dando lugar a estados del sí-mismo variados pero vinculados entre sí. Se da una cierta represión de lo que entra en la mente pero que acaba siendo rechazado. Para mí, lo que Davies describe como estructura de la mente es más bien la estructura de la mente traumatizada. Schore (2005) señala que el trauma de apego «provoca una disfunción duradera de lo que Emde (1983) denomina “núcleo afectivo”, la estructura integradora central primordial del sí-mismo naciente [y nos recuerda que] Joseph (1992) sitúa este sistema nuclear en el cerebro derecho y en el sistema límbico» (Schore 2005a). Davies describe lo que ha tenido que ser disociado como

experiencias diádicas que todavía no son asimilables [y sugiere que, metafóricamente, vagan] por la mente en una búsqueda sedienta de momentos vulnerables, usando su carga magnética para perturbar el orden establecido y arrastrar al paciente a todo tipo de formas de recreación inexplicables y de difícil comprensión.

(Davies 1996: 563)

Holly

Holly (cuyas imágenes de sueños se describen en el capítulo 8) trajo a consulta una última imagen (ver la lámina 3) que parecía reflejar la percepción temprana de su madre, pero también describía cómo me percibía a mí en un momento difícil en la transferencia de la sesión del día anterior, que había precipitado su entrada en el tipo de estado del sí-mismo doloroso que describe Davies como representación diádica no formulada (Davies 1996: 563). Después de ver juntas un buen rato su última imagen, mi paciente fue capaz de decir lo siguiente:

Nada de nubes mentales, cielo azul, ninguna tormenta. Sólo un espacio vacío.

Cinta apretada, situada bien en mi puesto, un cinturón que late, que para cualquier movimiento entre los sentidos y la mente. Un estrujar, un dolor de cabeza terrible.

Un candado pesado ante mis ojos, que me pesa, golpea y sacude hasta que me vuelvo loca.

Ni nariz ni boca. No puede entrar nada, ni comida ni aire ni vida. No hay ningún pensamiento para poder hablar, ninguna forma de hablar.

Los oídos sangran, el revuelto de tripas sale a borbotones. El estómago asciende buscando una abertura, un sonido que bloquea, sólo la ráfaga de dolor que se encuentra en el centro de todo.

Las balas, palabras, siguen con su entrada continua a gritos, licuando todo. No queda ninguna partícula.

Jung describe cómo el complejo traumático «se impone a la fuerza, de forma tiránica, a la mente consciente. La explosión del afecto es una completa invasión del individuo. Se abalanza sobre él como un enemigo o un animal salvaje» (Jung 1928: párr. 267).

Kalsched (1999) hace un comentario apropiado cuando observa que

la razón por la que la idea de Jung de las «personas interiores» de la psique es tan importante es porque [...] llevó su técnica de trabajar con productos de los sueños y de la fantasía al nivel subjetivo, es decir, tomando cada imagen como parte del sí-mismo.

(Kalsched 1999: 467)

Yo iría más lejos y me atrevería a sugerir que cada imagen representa uno de los muchos estados del sí-mismo de que se acaba componiendo el sí-mismo relacional polifacético.

Una paciente, hacia el final de su análisis, intentó articular para mí su percepción de los estados del sí-mismo que iban cambiando con estas palabras:

No me daba cuenta de cuándo se trataba de un aspecto distinto de mí misma. Cuando estaba en ese estado parecía que todo lo que había era ese estado, la abogada competente que era mi sí-mismo de afrontamiento desaparecía, y lo que

quedaba era sólo el dolor y el sufrimiento, que parecía que no tenían límite ni fin, del estado de niña herida.

Solomon advierte que «el cambio sólo ocurre de forma peligrosa, y [] que, igual que hay fuerzas positivas que buscan mover la psique y llevarla hacia el futuro, hay también potentes fuerzas retrógradas que buscan impedir ese tipo de movimiento» (Solomon 1998: 226). Pacientes de ese tipo llegan a la consulta pudiendo aparentemente afrontar las cosas, pero se las arreglan pagando un precio, empleando a veces grandes cantidades de energía para mantener a raya los estados del sí-mismo no asimilados. Por ejemplo, Davies y Frawley (1994) subrayan la capacidad del paciente que ha sufrido abusos sexuales infantiles de «erigir con mucho trabajo la apariencia de un sí-mismo relacionado, adaptativo desde el punto de vista interpersonal, y que funciona en torno al núcleo desgarrado de un niño herido y abandonado» (Davies y Frawley 1994: 67). Describen este aspecto infantil del paciente como un «un sí-mismo alternativo disociado completamente desarrollado, de organización bastante primitiva» (Davies y Frawley 1994: 67). Sugieren que con ese tipo de clientes el analista tiene que ser consciente tanto del sí-mismo adulto que está saliendo adelante como puede y el niño víctima de abusos oculto que hay en el paciente que acude a terapia.

Kalsched (1996) ha descrito también un proceso similar. Sugiere que parte del paciente crece demasiado rápido y se desarrolla convirtiéndose en un sí-mismo falso de afrontamiento, muy similar al propuesto por Winnicott, y parte del paciente se estanca y sigue siendo demasiado infantil. Percibido como «el niño», el verdadero sí-mismo queda oculto en las profundidades de la personalidad. Defiende que la recuperación del abuso que tuvo lugar estimula imágenes arquetípicas y señala que es frecuente encontrarse una figura fuerte de protector/perseguidor (bastante parecida a la de un duro superego) dentro de la estructura de la personalidad que busca activamente proteger el «espíritu imperecedero», el verdadero sí-mismo, de ser aniquilado, incluso mucho tiempo después de pasado el peligro. Entiendo estas imágenes como intentos de la mente de representar aquellas experiencias que han permanecido encerradas en el cerebro emocional.

Sophie

Una paciente, Sophie, que ya presentamos al lector en la página XX, hizo, en los primeros años de análisis, una serie de pinturas que ilustraban la emergencia simbólica del sí-mismo, según iban emergiendo formas de ser, nacidas del trauma, y siendo transformadas éstas por medio de la experiencia en el seno de la díada analítica. Las primeras mostraban su percepción inicial de su ser interior dañado, que había sido así por la relación con su madre, y el cambio y la salida a la superficie gradual de su propio sí-mismo a medida que iba cambiando la percepción de su bienestar interior según avanzaba la experiencia en el seno de la relación analítica. Sophie pintó estos cuadros en casa durante el período de análisis y los traía de vez en cuando a las sesiones. El primer cuadro (ver la lámina 4) describía gráficamente el sí-mismo de la paciente que se defendía al principio del análisis, enterrada en las profundidades de una estructura parecida a un sarcófago, cuyas paredes se habían construido a raíz de las primeras experiencias relacionales. El segundo y el tercero (ver las láminas 5 y 6) mostraban con mayor claridad cómo había surgido ese estado de defensa, y los cuadros cuarto y quinto (láminas 7 y 8) la emergencia del sí-mismo a medida que el análisis iba permitiendo abandonar las defensas y liberar energía para vivir. Los cuadros fueron hechos en los cuatro primeros años de un análisis que duró seis. Dos años después, Sophie pintó un cuadro más (lámina 9), del cual se habla en las páginas XXX-X.

Sophie era una artista que estuve viendo en terapia cuatro veces a la semana durante cinco años. Se acercaba a los cuarenta años de edad cuando buscó ayuda porque de repente se había vuelto incapaz de trabajar o de cuidar de la familia, y lo único que quería era quedarse tumbada en la cama. Cuando vino a verme ya llevaba tres meses sin trabajar. Estaba deprimida, no era capaz de dormir y estaba asustada por lo que le estaba pasando. Tenía dos hijos, una hija de 9 años y un hijo de 14 años, cuando vino a empezar el análisis. Cuando entraba en la veintena, su primer hijo nació ya muerto. Su funeral se hizo sin que ella lo supiera cuando estaba todavía en el hospital. Creía que no había sido capaz de terminar su duelo por él. Fue un orientador, al que llevaba viendo varios meses, el que me remitió a Sophie. Había generado una transferencia intensa y posesiva hacia él. Él se sintió perdido y me la derivó. Vino a análisis porque estaba asustada por su enfermedad, pero empezó el análisis inevitablemente con una fuerte transferencia negativa. Yo no era el orientador ideal e idealizado, varón, sino un incómodo recordatorio de su madre, fuente de privación y rechazo.

Sophie era la tercera niña nacida en una familia en la que se esperaba con ansias un varón. Su historia fue de trauma relacional temprano, seguido de un incidente aparentemente aislado de abuso sexual en la infancia. Su madre creía que el tercer hijo iba a ser varón. Tuvo un parto difícil y cuando nació Sophie ni siquiera la miraba. La niñera era la que la cuidaba y el padre fue quien le puso el nombre. La madre fue incapaz de darle de mamar. A las dos semanas se la ingresó en el hospital sin su madre. No sabe a ciencia cierta cuánto tiempo estuvo ingresada. Cuando era pequeña, su madre le solía decir con frecuencia: «Eras la peor, estabas enferma y tenías que haber sido un niño».

Creía que no podía satisfacer nunca a su madre porque no estaba interesada en cosas tan de niñas como su hermana mayor ni era tan atractiva como la hermana mediana, sino que lo que le gustaba era ir al campo o pintar. Su madre consideraba ambas cosas una pérdida de tiempo para una niña. Los cuadros de Sophie han documentado los cambios en su mundo interior durante el análisis. No sorprende que no trajese ninguno al análisis durante los seis primeros meses, y fue entonces cuando trajo el primero. Lo hizo vacilando mucho.

En al análisis, la madre de Sophie daba la impresión de ser una persona infeliz y amarga. Para Sophie era fría, insensible y llena de reproches. Cuando Sophie fue ingresada en el hospital de niña por una caída grave de la bicicleta, su madre no fue a verla varios días seguidos y, cuando por fin fue, Sophie recuerda que lo primero que dijo fue: «Bueno, ¿qué se te ha ocurrido hacer ahora?». Es un estribillo que se repitió durante toda su infancia. Sophie me dijo que la única vez que sintió que había satisfecho a su madre fue cuando anunció su compromiso con un oficial de la marina militar, al parecer un hijo único bastante egoísta que era el ojito derecho de su madre. El matrimonio se había vuelto estéril ya antes de empezar el análisis y la pareja se separó durante éste. Sophie creía que los dos cuadros siguientes representaban sus relaciones interiorizadas en forma de una serie de ruedas dentadas que interactuaban entre sí. Al hablarme de estos cuadros, Sophie describía a su madre como la madre-rueda dentada mala y reconocimos que era como me percibía a veces en la transferencia, aunque intentaba mantenerme como buena madre idealizada. Creía que la rueda dentada de su madre había dañado los dientes de su propia rueda y que por eso le había dificultado que se llevase bien con los demás. Creía que la percepción de su madre como madre dañina, destructiva, demoledora estaba alojada en su interior, afectando a la forma en que se relacionaba con los demás y la forma en que reaccionaba a ellos.

Sophie había recurrido a su padre para buscar algo de cercanía y, hasta que nació su hijo, cuando ella tenía 12 años, la había tratado como el hijo que deseaba y la paseaba por toda la hacienda. Ella quería haber sido niño para poder heredar la hacienda que tanto le gustaba. De hecho, hasta que nació su hermano disfrutó mucho con esta relación tan especial con su padre y albergaba secretamente el sueño de que tal vez pudiera heredar la hacienda.

En el tercer cuadro, la rueda dentada-madre aparece como una rueda llena de pinchos que gira y rasga la piel y hasta la carne de la mano de Sophie. Con unos sentimientos negativos vividos con tanta fuerza, comprensiblemente, en relación con la madre, una parte importante del trabajo ha sido ayudar a Sophie a comprender sus propios impulsos destructivos. Ha sido difícil abordar las fantasías de su propia destructividad que eran patentes en sus sentimientos en relación con la muerte de su hijo y que se manifestaban en la incapacidad de cuidar de sus propios hijos en la época en que tuvo la crisis nerviosa, que fue cuando su hija llegó a la edad que ella tenía cuando vivió un encuentro sexual en el que hubo abuso. En su vida profesional está fuertemente identificada con el oficio de rescatador que trabaja con habilidad con niños vulnerables y en su nombre.

Después de un año de análisis, Sophie relató el abuso que sufrió en la finca por un jardinero de veinte años cuando tenía ocho años. La había persuadido de ir a la caseta del jardín diciéndole que tenía una sorpresa para ella, una nueva mascota. Había cerrado la puerta. Ella recordaba la densidad de aquella oscuridad. Describió cómo la había empezado a tocar y cómo había intentado forzarla a tocarle, fingiendo que lo que ella tocaba era una nueva mascota. Consiguió escabullirse y escapar. Después huyó y se escondió. No se sentía capaz de contárselo a nadie. Sophie nunca olvidó el abuso que había sufrido, pero se las arregló para desterrarlo de la mente hasta que su hija llegó a la edad que ella tenía cuando tuvo lugar el abuso. Fue entonces cuando se puso enferma y buscó tratamiento para la depresión. El recuerdo del abuso sólo volvió a la mente directamente en la consulta cuando, en una sesión ya casi tres años después de iniciado el análisis, de repente se oyó un portazo fuerte que venía del exterior en un momento tenso de la transferencia, y ese portazo le recordó el estruendo que había hecho el portón de la caseta del jardín cuando tuvo lugar el abuso.

Antes de todo esto, los momentos felices de la infancia de Sophie habían sido pasear por la hacienda y ayudar con los animales, y después pasó más a dibujar y a pintar. Su madre no aprobaba ninguna de estas actividades, pero el padre alentaba su amor por los animales, dándole su propio rebaño de ovejas para que lo cuidase. Su actitud con respecto a ella cambió en cuanto el hermano se hizo lo suficientemente mayor como para pasear por la granja con él. Ella tenía un paseo especial que le gustaba mucho, por un camino que pertenecía a sus tierras. Una vez se imaginó que aparecía un personaje del espacio exterior parecido a E.T. mientras caminaba sola. Este personaje miraba en su interior y le decía: «Somos iguales, tú y yo, por fuera parecemos una cosa, pero nuestro verdadero sí-mismo interior es muy distinto». Aunque Sophie tuvo que amoldarse hacia el exterior, parece que nunca perdió por completo la conciencia de su verdad interior. Su sí-mismo adaptativo parece haber sido eso simplemente, más que un sí-mismo completamente falso que no dejase espacio a una conciencia de la verdad interior.

Según fue avanzando el análisis, sus cuadros empezaron a mostrar un ablandamiento de la coraza protectora para permitir la emergencia gradual del verdadero sí-mismo. Después de cuatro años de análisis, Sophie pintó el que parecía ser el último cuadro de la serie (lámina 8), que pude interpretar como una revelación de la emergencia gradual del verdadero sí-mismo. Sophie siguió otros cuatro años consolidando la experiencia reflejada en los cuadros. Ahora se considera una persona mucho más feliz. Mantiene una relación sentimental que la llena, tiene una relación cercana con sus hijos y acaba de conseguir un ascenso en el trabajo. Sigue trabajando con niños vulnerables, pero su forma de abordar esa tarea es menos heroica.

Las vivencias tempranas de un paciente con traumas hacen que el sí-mismo se retraiga, que se oculte del mundo por medio de defensas protectoras. Un trabajo analítico que abarque tanto agentes de cambio relacionales como interpretativos puede dar lugar a la integración de la actividad de los hemisferios de la mente-cerebro que luego permita al sí-mismo emerger más plenamente por medio del proceso de individuación.

Sí-mismos paralelos

Otras personas, cuyas vivencias anteriores a la edad de seis años puedan haber sido más perturbadoras, desorientadoras en el mejor de los casos o gravemente abusivas en el peor de los casos, perciben varios sí-mismos paralelos que viven vidas paralelas en el mismo cuerpo, muchas veces sin ser conscientes unos de otros, «una serie lineal de vidas separadas, vividas secuencialmente» (Davies 1996: 566). Sinason (2002) describe de forma conmovedora cómo empezó a darse cuenta de esa multiplicidad en uno de sus pacientes adultos, y es interesante que tanto Sinason (2002: 133-4) como Goodwin (2002: 139-48) recurran a un cuento de hadas para explicar mejor su forma de entender el trastorno disociador de identidad. Las divisiones verticales, jerárquicas, que resultan de los traumas pueden considerarse como una forma extrema de las subpersonalidades, planteadas por Redfearn (1985) y relacionadas por éste con las imágenes arquetípicas. Esto puede explicar en parte por qué vienen a la cabeza tan fácilmente los cuentos de hadas cuando el analista intenta asimilar esos estados mentales tan difíciles.

Mollon (1996) ha escrito con todo detalle sobre la naturaleza del síndrome de identidad disociada desde un punto de vista psicoanalítico. Queda fuera del alcance de este libro explorar estas ideas en profundidad, pero la investigación sobre la actividad cerebral descrita por Reinders *et al.* (2003) en esos pacientes cuando pasan por distintos estados del sí-mismo es de vital importancia para entender cómo puede contribuir la neurociencia contemporánea a aclarar y confirmar esos estados tan complejos que intentamos diagnosticar y tratar en la consulta.

Un cerebro, dos sí-mismos o muchos sí-mismos

Reinders *et al.* (2003) explica que, para poder explorar la posibilidad de que un cerebro humano sea capaz de iniciar (por lo menos) dos sí-mismos autobiográficos, se hicieron pruebas de TEP después de que el terapeuta grabase previamente textos con un tono de voz sin emoción alguna. «Se investigó la localización anatómica de la conciencia de uno mismo y de los mecanismos cerebrales implicados en la consciencia por medio de pruebas de neuroimagen de distintos estados mentales de conciencia nuclear en pacientes con trastorno de personalidad múltiple (Reinders *et al.* 2003: 2119).

Los investigadores pudieron elegir once pacientes mujeres que, gracias a la terapia, habían conseguido «iniciar y controlar ellas mismas» (Reinders *et al.* 2003: 2120) el paso de lo que los investigadores denominan uno de sus estados de personalidad «neutrales» o «aparentemente normales» a uno de sus estados de personalidad «traumáticos» o «emocionales», y viceversa. El estado de personalidad traumático (TPS, por sus siglas en inglés) de las pacientes se caracterizaba por ser capaz de almacenar recuerdos traumáticos y ser capaz de reconocer que su reactivación las afectaba emocionalmente, mientras que el estado de personalidad neutro (NPS, por sus siglas en inglés) se caracterizaba por una falta de respuesta emocional a ese recuerdo y no había ninguna conciencia de haber sido expuesto a ese acontecimiento (Reinders *et al.* 2003: 2120).

Los resultados demostraron que

estos pacientes tienen un acceso a los recuerdos afectivos autobiográficos que depende del estado, y por tanto tienen distintos sí-mismos autobiográficos. [Se observó] la existencia de distintos patrones de flujo sanguíneo por regiones cerebrales en las distintas percepciones del sí-mismo, y [se señalaron] papeles concretos de la corteza medial prefrontal (MPFC, por sus siglas en inglés) y de las cortezas posteriores asociativas en la representación de estos distintos estados de consciencia.

(Reinders *et al.* 2003: 2124)

La corteza medial derecha prefrontal, que se creía que tenía un papel determinante en la representación del concepto de uno mismo, del sí-mismo de uno, se desactivaba significativamente cuando la personalidad neutra «escuchaba el texto del trauma». Los cambios en el área de asociación visual y en otras áreas relacionadas

reflejan una incapacidad del NPS de integrar información visual y somatosensorial. Este «bloqueo» de la información relacionada con el trauma evita un mayor procesamiento emocional, lo cual refleja el sistema de defensa, según lo aplican los pacientes de TID para poder funcionar en la vida diaria.

(Reinders *et al.* 2003: 2122)

Creo que lo que describen aquí los investigadores es el fundamento fisiológico de una

forma extrema de lo que Fordham (1976) identificó como defensas del sí-mismo. Las áreas que actúan en la regulación de la reacción emocional y conductual al dolor o al sufrimiento se activaban cuando el enfermo de TPS escuchaba el texto del trauma, pero no cuando el sistema nervioso autónomo escuchaba el mismo texto. Los investigadores sacaron en conclusión que «la activación de estas áreas en el TPS, comparada con el NPS, en reacción al texto relacionado con el trauma, demuestra por tanto una disociación emocional y comportamental en los enfermos de TID» (Reinders *et al.* 2003: 2123).

El sí-mismo emergente

¿Cómo se crea entonces un sentido del sí-mismo dentro del cerebro? Panksepp lo considera «uno de los principales problemas de la neurociencia» (Panksepp 2003: 199). Su propuesta es que la experiencia de los sentimientos emocionales surge de la interacción de las distintas redes emocionales del cerebro con áreas de los estratos mediales del cerebro (cíngulo anterior, cortezas insular y frontal, conectadas a su vez con estructuras como la sustancia gris periacueductal). Tener un cierto sentido del sí-mismo depende de la consciencia, pero ¿cómo surge la consciencia? ¿Cómo se funden los distintos elementos de la experiencia y emergen luego para proporcionarnos esa consciencia del momento a momento desde la que emerge un sentido del sí-mismo, y sentido de lo que significa ser yo? Entender el sí-mismo como estados del sí-mismo complejos y cambiantes es acorde con la visión de la consciencia de uno mismo como compuesta por múltiples pistas, defendida por filósofos como O'Brien y Opie (2003), que remiten al trabajo de varios neurocientíficos como base y fuente de pruebas para su propia teoría. Por ejemplo, citan el trabajo de Zeki y Bartels (1998) sobre el procesamiento visual, que ha indicado que cuando se presenta una escena determinada, no se perciben simultáneamente todos los aspectos de la escena. Esta investigación sugiere más bien que primero se percibe el color, luego la orientación, y sólo después de todo eso se percibe el movimiento (Zeki y Bartels 1998, citado en O'Brien y Opie 2003: 115). Como resultado de su trabajo experimental, Zeki y Bartels sacan en conclusión que hay «múltiples microconsciencias visuales, diacrónicas entre sí» (Zeki y Bartels 1998, citado en O'Brien y Opie 2003: 116). O'Brien y Opie lo resumen así:

Esta hipótesis lleva asociada una cierta visión de los fundamentos neuronales del sí-mismo, concretamente que depende de muchos centros de representación distintos dentro del cerebro: de las regiones corticales asociadas a la cartografía corporal y cartografía de acción somatotópicas, pasando por regiones que funcionan para distinguir los acontecimientos iniciados por uno mismo de los que obedecen a causas externas, hasta regiones como la corteza prefrontal que tienen un papel decisivo en la organización del comportamiento.

(O'Brien y Opie 2003: 117)

Siendo éste el caso, continúan y exploran cómo podría emerger una percepción de ser un sí-mismo único partiendo de la multiplicidad de la consciencia. Su conclusión es que «un sentido del sí-mismo emerge cuando las múltiples pistas de experiencia autodirigida producida por el cerebro son suficientemente *coherentes representacionalmente*» (O'Brien y Opie 2003: 117, cursiva en el original), y sugieren que una de las estructuras neuronales que antes se creía que producía de por sí consciencia podría interpretarse como «constructora del sí-mismo» en lugar de «constructora de consciencia». Schore sugiere que hay representaciones duales del sí-mismo: el hemisferio izquierdo se ocupa de la descripción verbal del sí-mismo, que uno podría considerar como «sí-mismo

explícito», mientras el hemisferio derecho se ocupa del «sentido afectivo del sí-mismo» (Schoore 2005a). En mi opinión, podría caracterizarse lo que surge del hemisferio izquierdo como «sí-mismo explícito», y lo que surge del derecho podría denominarse «sí-mismo implícito».

En el material clínico que se aporta a continuación intento mostrar el sí-mismo en desarrollo tal como se percibe una serie de sueños que marcaron puntos de inflexión en un análisis. Se entiende el sistema del sí-mismo como un sistema jerárquico que se forma a partir de las estructuras de procesamiento subcorticales inferiores, pasando por la experiencia diádica temprana, hasta llegar a estructuras corticales más complejas y con gran finura de detalles que permiten la función reflexiva y el control inhibitorio orbitofrontal. Los puntos de inflexión en este análisis vinieron anunciados cada uno por un sueño sobre la relación de apego. Me he concentrado en ellos para mostrar la evolución de los aspectos germinales del sí-mismo, los aspectos del núcleo del sí-mismo, y el cambio de un apego inseguro a un apego seguro que se da en el entorno facilitador del crecimiento de la relación de transferencia/contratransferencia de buena sintonía. El material de este caso fue publicado en el *Journal of Analytical Psychology* en febrero de 2004.

Mark

Cuando abrí la puerta a Mark por primera vez, estaba ahí de pie, me miró un buen rato y luego pronunció su nombre con gran claridad. Tenía la impresión de que había ocurrido algo importante. Era precisamente la preocupación por su tartamudez y especialmente la forma en que afectaba a su capacidad de decir su nombre lo que le había traído a tratamiento. Con el tiempo llegué a comprender el significado que podía tener el poder decir su nombre en su lucha por separarse, individualizarse y conseguir un sentido de su propia identidad.

Mark, ya entrado en la veintena, era el único hijo de una madre narcisista y alcohólica a la que le era difícil permitirle el mínimo grado de separación. Le siguieron poniendo pañales hasta los cuatro años de edad. Su cuna tenía cojines alrededor porque tenía tendencia a darse golpes con la cabeza. No le dejaban jugar con otros niños y no recuerda haber tenido juguetes ni juegos. Era más bien la compañía de su madre, a la que sólo se le permitía mirar mientras trabajaba por la casa. Todas las noches, cuando volvía de la escuela, tenía que tomar «un almuerzo enorme» nada más llegar, a pesar de la comida que había tomado en la escuela y la cena que le daba luego. Todas las noches le decía a la hora de irse a la cama que tenían que soñar lo mismo. Él tenía la impresión de hacerlo todo tarde: no leyó hasta los 11 años. El principal recuerdo de la infancia es de estar en lo que podría describirse como una especie de estado de autismo, en el que se mecía sin parar, muchas veces cantando a la vez. Su tartamudez parece haber actuado como barrera para proteger el sí-mismo de ser invadido por la madre. Al mismo tiempo protegía a ambos de que se supiese su odio y su culpa. Si hubiese podido hablar libremente, ¿qué le hubiese dicho a una madre como la suya?

La madre de Mark tuvo varios intentos de suicidio cuando él era un niño, y se la obligó a ingresar en el hospital por lo menos una vez. Su padre, denigrado por su mujer, era el forastero en el triángulo familiar, y recurría a Mark para que fuese el cuidador adulto de la madre-bebé. Su padre le pidió ayuda cuando ella se encerró en la cocina con el gas abierto, o en el cuarto de baño con las muñecas cortadas. Así pues, los intentos de relacionarse con el padre no le llevaron al mundo exterior, sino inexorablemente a la madre otra vez. Se volvió triste, deprimido, siempre al borde de las lágrimas y con fobia a la escuela. Se le recetó Valium, que estuvo tomando durante toda la adolescencia. Su madre se murió por los efectos del alcoholismo cuando él tenía veintiún años.

Primera fase de análisis: sueños que surgen de un apego inseguro y desorganizado, así como de estados de miedo y terror dirigidos por la amígdala y la región subcortical

Sueño n.º 1

Bajó al piso inferior en una casa en la que había vivido desde niño. Entró en una habitación y vio a *su madre* en una esquina con *la cara rajada*.

Sueño n.º 2

Estaba dentro de una habitación e intentaba proteger a un niño de un terrible peligro que había fuera. Cerró la puerta con llave, pero no fue suficiente: una mujer enorme y amenazante consiguió entrar en la habitación. Al acercarse a él, *él la miró a la cara y se llenó de terror.*

Estos sueños de la infancia me resumieron con gran detalle cómo podía ser para mi paciente el modelo de funcionamiento interno de la relación de apego, teniendo en cuenta lo potente que puede ser como estímulo el rostro de la madre en el bebé en desarrollo. Mark me contó los sueños como si estuviese en un estado paralizado de hipoactivación fisiológica, sin emoción alguna. Al principio yo tampoco sentí nada, pero luego ya podía darme cuenta de mis sentimientos y de lo aterrador de las imágenes. Cuando empecé a tener miedo, Mark empezó a hablar, por primera vez, del detalle de uno de los intentos de suicidio de su madre, que había ocurrido cuando tenía 8 años. Mark lo contaba así:

Se encerró en la cocina con el gas abierto. Papá vino a mi cuarto y me preguntó si creía que podía sacarla. Bajamos al piso inferior. Intenté persuadirla. Yo lloraba y eso, claro. No quería salir.

Por un momento, la habitación se llenó de sensaciones y sentimientos. Mi sensación era que estaba escuchando a un niño pequeño que necesitaba dejar salir las lágrimas y el dolor y el sufrimiento que representaban. También era consciente de aquel bebé tan pequeño que había llegado al estadio de fuerte angustia que luego llevó a la defensa disociadora de la separación de aquella situación insoportable, «la escapatoria donde no hay escapatoria posible». A continuación habló de la muerte de su abuela y de su madre. Dijo: «Me sentí distanciado de todo eso. No sentí nada». Yo comenté: «¿Quizá mamá fuese la única a la que se le permitía tener sentimientos intensos?». «Sí, así era», fue la conclusión de Mark. Debido a las dificultades de su madre, Mark se hacía una idea de que tenía una madre herida. La madre que hería en el segundo sueño era mucho menos accesible a la conciencia. Lo que había era una forma de describirla con una sensación de atemporalidad y de verse abrumado. No parecían existir límites y era como si yo me hubiese convertido en la madre a partir de la cual su cerebro de bebé había diseñado esos estados desregulados de miedo y terror.

La forma en la que se desarrolló esta sesión en particular ilustra cómo la emergencia de un sueño puede llevar elementos de vivencias traumáticas reales, cómo va a reflejar el mundo interior del paciente, y cómo va a indicar los elementos del mundo interior del paciente que dominaban la transferencia en ese momento. Cuál de éstos abordar es una cuestión de fina percepción del analista. No obstante, el paciente vive en el presente y es la vivencia presente en el seno de la díada actual lo que puede producir cambios, de modo que hay que entender los aspectos concretos de la vivencia pasada que emerge en relación con la relación actual.

Segunda fase del análisis: sueños que ilustran los inicios de un cambio e intentos —dirigidos por el cingulo— de la díada de conectar

Después del primer descanso largo, unos diez meses después de empezar el análisis, parecía que había un cambio y empecé a ver que Mark podía percibir, aunque fuese fugazmente, la presencia de dos mentes. A su regreso reiteró cuánto odiaba el tartamudeo, diciendo que «porque cuando tartamudeo no me siento en armonía con la gente». Interpreté ese comentario como una muestra de ira y un apunte de mi posible falta de fiabilidad. El ataque continuó hasta que dije: «Sientes como si yo fuese cruel y asesina y tú fueses la víctima, pero también yo me siento atacada como si fuese tu analista que no es una buena madre. Me siento como si tú fueses el atacante y yo la víctima». En la sesión siguiente Mark trajo un sueño:

Sueño n.º 3

Su madre empezó a sacar píldoras ya pasadas de fecha y que se habían convertido en veneno. Se lo dijo a él y también le dijo que podían suicidarse juntos. Las tomaron y empezaron a sentirse raros. *No eran capaces de verse con claridad*. Mark sugirió ir al hospital.

Este sueño hace referencia, una vez más, a la secuencia de miradas en el seno de la diada madre-hijo. En este caso, el que tiene el sueño ya no está en estado de pánico, pero hay todavía dificultades en la secuencia de mirar-mirar a otro lado (*gaze-gaze away sequence*, en inglés) que caracteriza la interacción madre-bebé, parte esencial del proceso de construcción de una conectividad sana en el cerebro del bebé. El sueño indica también que el alimento que le ofrecía la madre de su pecho le iba a llevar no a la vida, sino a la muerte. El niño, y no la madre, vuelve a ser el cuidador. No obstante, hay vocalización y, con ella, la esperanza de estar conectado. En este tiempo surgió otro sueño.

Sueño n.º 4

Estaba sirviendo bebidas en una fiesta con vino de jerez en el hospital en el que trabajaba. Su madre estaba recluida en un sanatorio. Se preguntaba: «¿Deberíamos invitarla?». Alguien dijo: «No, si está recluida, déjala ahí».

Mark narraba este sueño con dificultad, obstaculizado por el tartamudeo que evocaba la percepción de un sí-mismo emergente separado. Contó también una fantasía reciente en la que era un director que controlaba una orquesta. Le dije: «Creo que quieres poder controlarme a mí y los sonidos que hago, o incluso... ¿hacerme callar del todo?». Por un momento salió a la luz el odio, luego rio y dijo: «Eso era una manera taimada de hacerlo». En aquel tiempo recordó su primer recuerdo de hostilidad hacia su madre, cuando había intentado proteger a su hermano menor adoptado de su ataque. La emergencia de este material empezó a sugerir una mayor capacidad de proteger y hacerse cargo del niño interior.

Fase final de análisis: sueños que indican el desarrollo de un apego seguro y un desarrollo cortical superior y más complejo, caracterizado por la emergencia de la función reflexiva y del control inhibitorio orbitofrontal

Después de dos años de análisis, Mark trajo a la consulta el último sueño de la secuencia.

Sueño n.º 5

Soñé con mi madre. Estaba muerta. Parecía como si le estuviesen drenando algo. Parecía como si tuviese un escroto o un útero, y era algo de ahí... A lo mejor era yo el que lo estaba haciendo. No creo, pero a lo mejor era yo porque no recuerdo que hubiese nadie más... Una especie de nada, quizá como una morgue. No parecía ella. *El rostro no se le parecía, el pelo estaba desarreglado, estaba muy delgada, no tenía senos...* Estaba muerta pero *era algo que yo tenía que hacer para poder liberarme de ella*. Seguí intentando agarrarme a ella, pero era como blanda y no podía.

Este sueño parecía indicar que habíamos hecho suficiente trabajo en el seno de la diada analítica como para que el soñador pudiese reflexionar sobre cómo percibía a su madre y su relación con ella. Le pregunté: «¿Crees que tienes que hacer algo en relación con tu madre ya muerta?». Contestó: «Bueno, lo que siento es que tengo que liberarme de ella. Tengo que separar mi vida de ella». Continuó diciendo: «¿Sabes? Lo peor era que no sabía qué hacer con ella. No encontraba ningún lugar adecuado para dejarla, así que no podía dejarla ir». Empezó a sonar inseguro y asustado. Después de un rato, dije: «Creo que lo que encuentras tan difícil y aterrador es qué hacer con la mamá que hay en tu interior..., con cómo te has sentido aquí a veces. Una vez me dijiste: “Me siento desleal si analizo cómo era todo con mamá. ¿Eso dónde le sitúa a ella?”».

Al final de este período de análisis, Mark era ya mucho más consistente a la hora de poder tener la sensación de estar solo pero a la vez contenido. Mi sensación de que nacía el sí-mismo se reflejaba en un recuerdo que sacó a colación por aquella época: un paseo en bicicleta solo cuando era niño, algo que su madre no le dejaba hacer. Llegó a un huerto de árboles frutales en flor. Pasó unos escalones y se puso a caminar entre los árboles, sintiendo la belleza y el misterio de su presencia y la del huerto.

¿Cómo surgió la tartamudez de Mark? ¿Qué significaba en relación con el desarrollo de su sí-mismo? La comunicación mediante sonidos empieza como experiencia totalmente emocional, localizada en la amígdala. Schore (1994) subraya que el habla basada en palabras sueltas surge de los intercambios afectivos que están grabados en el hemisferio derecho. Comenta al respecto lo siguiente: «El nombre del niño suele ser la primera palabra emocional que aprende el niño» (Schore 1994: 488). Yo pienso que la tartamudez de Mark era un síntoma de haberse quedado «atascado» en el proceso de separación, debido a su necesidad de permanecer fundido con su madre como respuesta a un trauma relacional temprano. El resultado fue su incapacidad de interiorizar el diálogo normal de un bebé y una madre que se separan gradualmente y de desarrollar el «habla interior», esto es, el pensamiento. Podríamos arriesgarnos a pensar si la vivencia temprana dañina de Mark, codificada en su cerebro derecho, hubiera podido mantener localizados en parte ahí también sus intentos de producir sonidos.

En su segundo sueño, Mark intentaba proteger a un niño pequeño de una madre

peligrosa, parecida a una bruja, que se lo tragaba. Podría considerarse su tartamudez simbólicamente como una barrera protectora, un tipo muy concreto de sí-mismo falso, adaptativo, que busca mantener la integridad del sí-mismo verdadero hasta que vengan tiempos mejores. Le mantuve aislado y «a salvo», permitiendo que sólo se viese el sí-mismo falso y manteniendo bien escondido su sí-mismo único, personal. Su análisis, con las experiencias desintegradoras y reintegradoras graduales y repetidas de separación segura conmigo permitieron la voluntaria aparición del Yo Primario en relación con el otro. Mark comentó en su última sesión: «Ahora no pienso ya casi en mi tartamudez. Pienso más en qué van a pensar de mí los demás».

Resumen

Al repasar lo que ha ido descubriendo la investigación científica, me da la impresión de que, aunque la predisposición a desarrollar un sentido del sí-mismo esté programada desde el comienzo, la esencia del sí-mismo individual que emerge está definida por la primera experiencia de relaciones que permite la formación de patrones de conectividad neuronal en el cerebro. Estas relaciones se almacenan en la memoria implícita, determinando así los fundamentos básicos de nuestras formas de ser y de relacionarnos, y cuando estamos sanos podemos percibirlos como estados del sí-mismo entre los que nos movemos continuamente según lo requiere la ocasión o la necesidad interior. Es de vital importancia para el analista tener conciencia de esa configuración, de esos patrones, y esa conciencia se logra tanto mediante la transferencia como mediante la contratransferencia. Por ello es crucial la nueva experiencia de relacionarse en el seno de la diada analítica para que el resultado de la terapia sea satisfactorio. Es esta nueva experiencia de relacionarse, ayudada por el entendimiento aportado por el cerebro izquierdo por medio de la interpretación, la que hace posible un sentido del sí-mismo más coherente.

Nota al pie

13. N. del T.: El acrónimo «SEL F» es en realidad igual a la palabra inglesa *self*, esto es, el «sí-mismo». La traducción del acrónimo que propone Panksepp es: «Forma de vida tipo ego simple».

POSDATA

Lo que ocurre en el interior de uno mismo cuando uno integra en la consciencia contenidos previamente inconscientes es algo que apenas puede describirse con palabras. Sólo puede experimentarse. Es un asunto subjetivo que queda muy lejos de toda discusión. Tenemos una determinada percepción de nosotros mismos, de cómo somos, y eso es un hecho del que no es posible ni tiene sentido dudar. De igual modo comunicamos una determinada percepción a los demás.

(Jung 1962: 318)

La neurociencia contemporánea tiene mucho que aportar al analista junguiano que busque reformular su pensamiento en respuesta al pensamiento científico contemporáneo. Ehrlich (2003), en su discurso sobre el trabajo al límite, sugiere que cuando tomamos en consideración los descubrimientos de la biofisiología podemos encontrarnos con que nos formamos una idea dual del hombre: el hombre como «hombre neuronal [y el hombre] como sujeto que percibe y discierne» (Ehrlich 2003: 236). Yo añadiría que, aun así, tiene que ser una visión dual que se libere de la vieja división cartesiana, ya que tanto el hombre neuronal como el sujeto que percibe y discierne son uno e indisoluble, un ser mente-cerebro-cuerpo humano. Ehrlich sugiere que la psicología profunda ha prosperado desde sus comienzos gracias a esas tensiones aparentemente irreconciliables, señalando que «el psicoanálisis es el estudio del hombre que convierte a lo extraño y lo desconocido inherentes al sujeto en su vehículo, método y producto» (Ehrlich 2003: 236). Después de leer y hablar con distintos colegas he llegado a valorar las oportunidades cada mayores que tenemos para explorar territorios en principio nuevos y extraños, o incluso que podrían parecer extraterrestres a muchos, para poder apreciar mejor la naturaleza del terreno de nuestra patria analítica.

En primer lugar, para mí ha quedado claro que con muchos pacientes nuestra tarea es ayudarles a asumir traumas relacionales tempranos que les hacen daño, fijados en la memoria emocional, amigdalina, implícita, revelados por la aparición de sentimientos de abandono, terror y pavor. Una atención meditada a las experiencias de activación fisiológica basadas en el sistema nervioso simpático permite una modulación de manos de la respuesta sensible del analista, que ayuda al mismo tiempo al paciente a mantenerse en contacto con la razón del sufrimiento. En cualquier sesión, un paciente traumatizado puede sufrir, con una rápida alternancia, estados de activación fisiológica del sistema nervioso simpático y de apagado del sistema nervioso parasimpático hasta el punto de una retracción desamparada e insensible. La tarea del analista a menudo es ayudar a esos

pacientes a experimentar un punto intermedio muy distinto de los extremos de experiencia emocional y de dolor de abandono a los que les expuso un trauma temprano y continuado. En la sesión, eso significa no ignorar el creciente nivel de estrés ni calmar al paciente, sino cuidar de mantener el grado de angustia en un nivel soportable, mientras se vuelve al punto de dolor y sufrimiento.

En segundo lugar, la investigación en neurociencia de la afectividad proporciona información sobre los efectos de los traumas en el cerebro. Perry *et al.* (1995) señalan lo siguiente:

Al final es el cerebro humano el que procesa e interioriza las experiencias traumáticas (y terapéuticas). Es el cerebro el que media todo el funcionamiento emocional, cognitivo, conductual, social y fisiológico. Es el cerebro humano del que surge la mente humana, y dentro de esa mente reside nuestra humanidad. Entender la organización, la función y el desarrollo del cerebro humano y de las respuestas a las amenazas mediadas por el cerebro proporciona las claves del conocimiento.

(Perry *et al.* 1995: 273)

Si llega el caso de tener que deshacer profundas defensas disociadoras de aquellos que han tenido una mala experiencia temprana con el cuidador primario que ha acabado en trauma, es fundamental conocer la ciencia de la pérdida y recuperación de la memoria y la implicación del cerebro derecho del terapeuta con los aspectos típicos de cerebro derecho del paciente en terapia. Sólo en el trascurso de encuentros afectivos de este tipo se hace posible que el cerebro izquierdo procese completamente la experiencia traumática.

En tercer lugar, yo sugeriría que los conocimientos aportados por la neurociencia subrayan lo que ha venido demostrando la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia: que la base de «volver a la mente» tiene que ser un apego seguro al analista. Esto permite al paciente empezar a arriesgarse con confianza a explorar lo distinto, la diferencia, y a tener las repetidas experiencias de sentirse separado seguro. Éstas permiten a su vez darse cuenta de la mente de uno en relación con la mente del otro, única base verdadera de la auténtica intimidad. Mitrani (2001), en su indagación acerca de la idea de segunda piel (Bick 1968; Symington 1985; Anzieu 1989), sospecha de una

actitud de conformidad o docilidad extrema que, aunque estimule la mejoría, sea una mera señal de la formación de una versión más sutil de la segunda piel, una versión que está impresa en la personalidad y teorías del analista y que por ello sea «aceptable» para él.

(Mitrani 2001: 5, cursiva en el original)

Pueden darse intentos defensivos de este tipo, intentos de una intimidad ilusoria en lugar de una intimidad auténtica, al intentar el paciente proteger la terapia de la rabia

destruktiva interior. Un paciente puede anhelar sentir unidad o no-diferencia con el analista, porque es algo que se percibe como única forma segura de estar con otro. Fonagy (1991) comenta al respecto lo siguiente:

Las personas cuyos objetos primarios son indiferentes y crueles pueden encontrar insoportable la contemplación de los contenidos de la mente del objeto. Abrumado por una agresión insoportable desde dentro y desde fuera, el individuo busca desesperadamente consuelo en una fusión regresiva con el objeto, «un progenitor rescatador».

(Fonagy 1991: 649)

Algunas de las dificultades que surgen en esas terapias aparecen porque el analista permite que se mantenga demasiado tiempo esa ilusión de unidad. La experiencia de pseudo-estar-juntos en lugar de una intimidad genuina va a evocar el trauma relacional temprano y puede hacer que el paciente pierda toda esperanza. En su lugar, lo que se necesita es una experiencia de separación segura que pueda hacer surgir el cambio desde dentro.

En cuarto lugar, el conocimiento de la mente-cerebro en desarrollo en los primeros años y luego en la adolescencia nos permite apreciar la fundamentación del apego en la mente-cerebro y la importancia del papel crítico que tiene el impacto de la experiencia negativa temprana en el desarrollo de la vida de cada niño y, a la postre, en la vida de nuestra sociedad. Perry *et al.* señalan que «lo más probable es que acontecimientos distintos en momentos distintos de la vida de una persona den lugar a distintas combinaciones de respuestas de adaptación» (Perry *et al.* 1995: 286). El proceso de establecer un vínculo afectivo adecuado entre el niño y el cuidador primario permite lo primero de todo una regulación de la afectividad por la madre y luego, a la edad de 18 meses aproximadamente, comienza a desarrollarse la posibilidad de autorregulación. Carvalho (2002) subraya la importancia de afrontar satisfactoriamente este proceso que, como Schore (1994), asocia a que la mente de la madre faculta a la mente del bebé, sirviendo su corteza derecha orbitofrontal de representante o agente de la de su bebé hasta que esté lista para entrar en juego (Carvalho 2002: 159). Si falla, sugiere que tanto el bebé como luego el adulto «son presa de una afectividad abrumadora y a menudo desorganizada y desorganizadora, acompañada con frecuencia de una descarga autónoma y/o de otras manifestaciones somáticas [...] porque la mente se ve abrumada» (Carvalho 2002: 157). Carvalho continúa y sostiene que la única alternativa es ésta, en lugar de que el pensamiento quede atrapado en el síntoma, sólo prevalezca el pensamiento y que el paciente se vuelva «muy racional y divorciado de estados sentimentales, emocionales y corporales» (Carvalho 2002: 157). Yo añadiría que, aparte de que el continuo de percepción del sí-mismo evolucione hacia percepciones del sí-mismo asociadas a trastornos de identidad disociadores, los pacientes pueden evolucionar del extremo de un estado al extremo de otro según van percibiendo subjetividades que vayan alternando.

Siegel señala que uno de los descubrimientos más importantes surgidos de la

investigación sobre el apego es el de la presencia de un grupo de adultos definido como «apego seguro ganado» (*earned secure*, en inglés; Siegel 2003: 16). A medida que cambia la mente por medio de la interacción con el terapeuta, actuando en el papel de cuidador secundario, puede cambiar la naturaleza del mal apego temprano, la respuesta al trauma temprano. La terapia brinda la posibilidad de que emerja este nuevo tipo de apego. Yo definiría el nuevo resultado deseado como «seguro aprendido», más que «seguro ganado». «Seguro ganado» tiene las connotaciones negativas del tipo de experiencia que pueden encontrarse los niños víctimas de abusos al alojarse en familias de acogida. Tener que ganarse un apego no es probable que genere un apego seguro. Como saben los analistas, para su desgracia, este tipo de experiencia en la sala de terapias puede generar una profunda transferencia negativa en la que el analista es percibido como la persona que abusa y la «colocación» (para seguir con la analogía de la acogida) puede descomponerse para siempre. La Neurociencia de la Afectividad es alentadora en el sentido de que el acento en la plasticidad, con su posibilidad de rehacer la mente, significa que el analista empático puede ser percibido de una forma nueva y llevar así a un cambio en la naturaleza misma del apego básico, que merece así una nueva categoría de apego, la de «seguro aprendido».

En quinto lugar, con frecuencia se ha venido devaluando el papel de la empatía en el análisis, y de hecho se ha visto hasta como una distracción o una maniobra defensiva ingenjada por el paciente para evitar el verdadero trabajo, la curación por la palabra. No obstante, creo que tenía razón Fordham (1957) cuando hablaba sobre la necesidad de que el analista estuviese abierto a procesos desintegradores en sí mismo a fin de poner a disposición del paciente una espontaneidad de relación que surgiese de lo más profundo del analista. Cito:

Hay dos formas de comportarse: 1) intentar aislarse del paciente permaneciendo lo más integrado posible y 2) vencer esta actitud y simplemente escuchar y observar al paciente para oír y ver lo que surge del sí-mismo en relación con las actividades del paciente y luego reaccionar. Esto podría parecer que implica una desintegración. Es como si lo que se pusiese a disposición del paciente fuesen partes del analista que respondiesen espontáneamente al paciente de la forma que él necesitase.

(Fordham 1957: 97)

Creo que las ideas aportadas por Fordham al mundo junguiano encajan perfectamente con la neurociencia del desarrollo de Schore, Stern y Siegel, que han analizado el efecto de la experiencia relacional temprana en el cerebro-mente en desarrollo. Esas ideas devalúan el método fuertemente relacional de terapia hasta un punto en el que ya no se sostiene. Solms y Turnbull (2002) describen cómo las neuronas motoras en un mono que simplemente observa a otro mono comportarse de cierta manera reflejan el patrón característico que se activa en la corteza motora del mono activo. Sugieren luego que investigaciones ulteriores podrían revelar que aquí esté la base de la empatía y la explicación de cómo interiorizan los niños la conducta de sus padres (Solms y Turnbull

2002: 282). Podría ser precisamente este proceso el que formase la base del proceso terapéutico en la diáda en la consulta, así como de parte de las reacciones de contratransferencia dañinas que amenazan ese trabajo. Know hace la siguiente observación:

Como terapeutas, no podemos ser meros observadores científicos de los procesos mentales de nuestros pacientes, sino que también tenemos que dejar que nos arrastren y que a veces nos invadan emocionalmente. Tenemos que ser capaces de sentir amor y odio a veces hacia nuestros pacientes o por ellos, en su nombre.

(Knox 2001: 614)

La aportación concreta que puede hacer la neurociencia contemporánea a la comprensión de este proceso intuitivo es lo que ha intentado explorar este libro.

Por último, creo que la contribución a la práctica clínica de los nuevos procedimientos de neuroimagen y escaneo a nuestra búsqueda de investigaciones científicas basadas en datos y pruebas va a ser muy pronto de gran valor. Paus (2005) subraya el valor de los nuevos procedimientos de escaneo, señalando que nos permiten «medir *in vivo* diferencias interindividuales muy sutiles en la estructura cerebral y evaluar la actividad en distintos circuitos neuronales desde la infancia hasta la edad adulta» (Paus 2005: 60). Lanius *et al.* (2004) demuestran el valor potencial de ese trabajo en su estudio de análisis de la conectividad funcional, mediante resonancia magnética funcional, de la naturaleza de los recuerdos traumáticos. Usando técnicas de escaneo con dos grupos de pacientes fueron capaces de comparar los patrones de conectividad del grupo que tenía síntomas de TEPT con los del que no los tenía. El estudio pudo llegar a la conclusión de que las diferencias de conectividad cerebral entre los dos grupos podían explicar la naturaleza no verbal de los recuerdos traumáticos en las personas con TEPT, en contraste con el patrón más verbal de recuerdo traumático del grupo de comparación (Lanius *et al.* 2004). No obstante, lo que no puede detectarse con este estudio es si esos patrones de conectividad precedían a la experiencia traumática o si eran el resultado de ésta. Houdé *et al.* (2001), empleando TEP, fue capaz de demostrar que el acceso a una lógica deductiva eficaz depende de un área ventromedial prefrontal dedicada a las emociones y los sentimientos, demostrando así el papel controlador que tienen las emociones y los sentimientos en el pensamiento (Houdé *et al.* 2001: 1486-92).

Todavía estamos en los estadios iniciales de comprensión del significado que puede tener de la neurociencia para el trabajo analítico. Las conclusiones sobre sus aplicaciones son todavía provisionales. Algunas cosas parecen claras. Las vicisitudes de la experiencia en el seno de la diáda analítica facilitan el desarrollo de la capacidad de autorregulación y la emergencia de la función reflexiva. La conectividad emocional que se va desarrollando dentro de la diáda analítica forma el andamiaje psíquico esencial que hace posible el trabajo complementario y que tradicionalmente se conoce como «curación por la palabra». La visión junguiana del sí-mismo es completamente acorde con todas las ideas que están surgiendo, tal como comenta Schore:

El centro de la vida psíquica pasa del *ego* de Freud, que él situaba en el «área del habla en el lado izquierdo» (Freud 1923) y las áreas posteriores del hemisferio izquierdo verbal, a los niveles superiores del hemisferio derecho, sede del sistema del *sí-mismo* que tiene base en el cuerpo.

(Schore 2001a: 77, cursiva en el original)

El sistema del sí-mismo puede manifestarse en muchos estados del sí-mismo, aunque muchos de nosotros somos capaces de movernos continuamente casi todo el tiempo. Sin embargo, el trabajo en la consulta incluye nombrar esos estados del sí-mismo en algunos de nuestros pacientes. Otros pueden necesitar ayuda para ser compasivos consigo mismos cuando perciben muchos sí-mismos que claman reconocimiento, y para otros más va a ser posible una integración creciente que culmine en el objetivo que Jung describió como «individuación».

He señalado con interés los inconvenientes planteados por otras personas que han escrito sobre el tema. Unos nos apuntan las cuestiones éticas y morales que plantea la abolición del dualismo cartesiano, la idea de que la mente y el cerebro son uno (Carter 2000; Teicher 2000). Va a ser necesario resolverlas. Otros exploran la importancia que puede tener para la terapia en consulta, por ejemplo Pally (2000), que se enzarza hablando de la esperanza inherente a la idea de flexibilidad o plasticidad del cerebro humano. Creo que lo que destacan Solms y Turnbull (2002) merece la última palabra:

A largo plazo se acabará desarrollando una neurociencia total de la experiencia subjetiva, con psicoanálisis o sin él. En este momento la cooperación de los psicoanalistas es seguro que va a acelerar el proceso y a enriquecerlo enormemente [...]. Surgirá un psicoanálisis radicalmente distinto [...]. Sus ideas tendrán una fundamentación mucho más sólida.

(Solms y Turnbull 2002: 314-15)

Cuando estaba redactando esta posdata, de repente Sophie se puso a pintar lo que claramente representaba la última pieza de la serie de cuadros que había empezado a pintar hacía tantos años —ver el capítulo 9—. Lo trajo a una sesión, explicando cómo la había cogido casi por sorpresa. En él se ve no una mujer rígida con los puños apretados, encerrada en el sarcófago de su infancia perseguidora, sino una mujer relajada, a punto de despertarse, bajo una colcha decorada con sus propios símbolos de esperanza. Hay copos de nieve, que al comienzo de su análisis era un potente símbolo del despertar de la esperanza, el comienzo del deshielo del invierno gélido de su infancia, y habían florecido margaritas por todas partes según pintaba, símbolos del florecimiento de un verano más exuberante en su interior (ver la lámina 9).

Me acordé entonces del pequeño canguro macho de Jay (capítulo 6) y el pequeño gato de color crema de Holly (capítulo 8), sus símbolos personales de esperanza. Desde un

punto de vista junguiano, creo que los conocimientos y las ideas que aporta la neurociencia contemporánea nos pueden ayudar mucho cuando viajamos con nuestros pacientes en sus viajes hacia un conocimiento más profundo de sí mismos, una realización personal más profunda, viaje que para mí es el viaje de «volver a la mente».

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelin, E. (1971). The role of the father in the separation-individuation process. En J. B. McDevitt y C. F. Settlage (eds.), *Separation-Individuation*. Nueva York: International Universities Press.
- Affeld-Niemeyer, P. (1995). Trauma and symbol: instinct and reality perception in therapeutic work with victims of incest. *Journal of Analytical Psychology*, 40(1), 23-40.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependence and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª ed. (DSM-IV). Washington D. C.: APA. [Ed. cast.: (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR*. Elsevier/Masson].
- Anzieu, D. (1989). *The Skin Ego*. New Haven, CT: Yale University Press. [Ed. cast.: (2010). *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva].
- Aserinsky, E. y Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of ocular motility and concomitant phenomena during sleep. *Science*, 118, 361-75.
- Astor, J. (1988). Adolescent states of mind found in patients of different ages seen in analysis. *Journal of Child Psychotherapy*, 14(1), 67-80.
- (1998). Fordham's developments of Jung in the context of infancy and childhood. En I. Alister y C. Hauke (eds.) *Contemporary Jungian Analysis*. Londres y Nueva York: Routledge.
- (2005). A conversation with Dr Fordham. *Journal of Analytical Psychology*, 50(1), 9-18; publicado por primera vez en el *Journal of Child Psychotherapy* (1988), 14, 3-12.
- Beebe, B. y Lachmann, F. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ y Londres: Analytic Press.
- Beebe, J. (2005). Finding our way in the dark. *Journal of Analytical Psychology*, 50(1), 91-101.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-6.
- Binet, A., Baldwin, H. H. G. y Baldwin, J. M. (1896). *Alterations of Personality*. Nueva York: D. Appleton.
- Bion, W. R. (1977). *Seven Servants*. Nueva York: Aronson.
- (1990). *Brazilian Lectures*. Londres: Karnac.
- Bovensiepen, G. (2002). Symbolic attitude and reverie: problems of symbolisation in children and adolescents. *Journal of Analytical Psychology*, 47(2), 241-57.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. Londres: Pelican.
- Brafman, A. (2004). Working with adolescents: a pragmatic view. En I. Wise (ed.), *Adolescence*. Londres y Nueva York: Karnac.
- Braun, A. (1999). Commentary on the new neuropsychology of sleep. *Neuropsychanalysis*, 1(2), 196-201.
- Brewin, C. R. y Andrews, B. (1998). Recovered memories of trauma: phenomenology and cognitive mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 18(8), 949-70.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-86.
- Bromberg, P. M. (2000). Bringing in the dreamer: some reflections on dreamwork, surprise and analytic process. *Contemporary Psychoanalysis*, 36, 685-705.
- (2003). One need not be a house to be haunted: on enactment, dissociation, and the dread of «Not-Me» – a case study. *Psychoanalytic Dialogues*, 13(5), 689-709.
- Bronstein, C. (2004). Working with suicidal adolescents. En I. Wise (ed.), *Adolescence*. Londres y Nueva York: Karnac.
- Brown, A. (2001). Volcanic eruptions. En H. Formaini (ed.), *Landmarks: Papers by Jungian analysts from Australia and New Zealand*. Manuka, Australia: Australian and New Zealand Society of Jungian Analysts.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A multiple code theory*. Nueva York y Londres: Guilford Press.
- Buccino, G., Binkofski, F., Fink, G. R., Fadiga, L., Gallese, V., Setz, R. J., Zilles, K., Rizzolatti, G. y Freund, H. J. (2001). Action observation activated premotor and parietal areas in a somatotopic manner: an fMRI study. *European Journal of Neuroscience*, 13, 400-4.
- Cambray, J. (2005). The place of the 17th century in Jungs encounter with China. *Journal of Analytical Psychology*, 50(2), 191-207.
- Cambray, J. y Carter, L. (2004). *Analytical Psychology: Contemporary perspectives in Jungian analysis*. Hove y Nueva York: Brunner-Routledge.
- Canli, T. (2004). Functional brain-mapping of extraversion and neuroticism: learning from individual differences in emotion processing. *Journal of Personality*, 72(6), 1105-32.
- Carter, R. (2000). *Mapping the Mind*. Londres: Phoenix.
- Carvalho, R. (2002). Psychic retreats revisited: binding primitive destructiveness or securing object? A matter of emphasis? *British Journal of Psychotherapy*, 19(2), 153-71.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A. y Poulton, B. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-9.
- Chefetz, R. A. (1999). Letter to the Editor. *International Journal of Psychoanalysis*, 80(2): 376-7.
- (2000). Affect dysregulation as a way of life. *Journal of the American Academy of*

- Psychoanalysis*, 28(2), 289-303.
- (2005). The dissociative self: integrating neuroscience and clinical practice, comunicación presentada en el congreso organizado por la International Society for the Study of Dissociation and the Del Amo Hospital, California, febrero.
- Chu, J. A. (1998). *Rebuilding Shattered Lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. Nueva York: Wiley.
- Chugani, H., Behen, M., Muzik, O., Juhasz, C., Nagi, F. y Chugani, D. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: a study of Romanian orphans. *Neuroimage*, 14, 1290-301.
- Churchland, P. S. (2002). *Brain-Wise: Studies in neurophilosophy*. Cambridge, MA y Londres: MIT Press.
- Clark, G. (2001). The animating body: psychoid substance as a mutual experience of psychosomatic disorder. En H. Formaini (ed.), *Landmarks: Papers by Jungian analysts from Australia and New Zealand*. Manuka, Australia: Australian and New Zealand Society of Jungian Analysts.
- Clyman, R. (1991). The procedural organisation of emotions. En T. Shapiro y R. Emde (eds.), *Affect, Psychoanalytic Perspectives*. Nueva York: International Universities Press.
- Cole, S., Sumnall, H. y Grob, C. (2002). Sorted: Ecstasy. *The Psychologist*, 15(9), 464-7, 474.
- Commins, D. L., Vosmer, G., Virus, R. M., Woolverton, W. L., Schuster, C. R. y Seiden, L. S. (1987). Biochemical and histological evidence that methylenedioxymethamphetamine (MDMA) is toxic to neurons in the rat brain. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 241, 338-45.
- Covington, C. (1995). No story, no analysis? The role of narrative in interpretation. *Journal of Analytical Psychology*, 40(3), 405-17.
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. Nueva York y Londres: W. W. Norton.
- Crittenden, D. y Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. En D. Cicchetti y V. Carlson (eds.), *Child Maltreatment*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Croft, R. (2002). Ecstasy: «danger» remains. *The Psychologist*, 15(9), 470-1.
- Croft, R. J., Klugman, A., Baldeweg, T. y Gruzelier, J. G. H. (2001). Electrophysiological evidence of serotonergic impairment in long-term «ecstasy» users. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1687-92.
- Culbert-Koehn, J. (1997). Dont get stuck in the mother. *Journal of Analytical Psychology*, 42(1), 99-104.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body, emotion and the making of consciousness*. Londres: Heinemann.
- (2004). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain*. Londres: Vintage. [Ed. cast.: (2013). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. J. Ros (trad.). Barcelona: Booket].

- Daniels, L. (2000). Dreams in pursuit of art. En L. Gamwell (ed.), *Dreams 1900-2000: Science, art and the unconscious mind*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Davies, J. M. (1996). Linking the «pre-analytic» with the postclassical: integration, dissociation, and the multiplicity of unconscious process. *Contemporary Psychoanalysis*, 32(4), 553-76.
- Davies, J. M. y Frawley, M. G. (1994). *Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse: A psychoanalytic perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Davies, M. (2002). A few thoughts about the mind, the brain and a child with early deprivation. *Journal of Analytical Psychology*, 47(3), 421-35.
- Decety, J. y Chaminade, T. (2003). When the self represents the other: a new cognitive neuroscience view on psychological identification. *Consciousness and Cognition*, 12, 577-96.
- Devinsky, O. (2000). Right hemisphere dominance. *Epilepsy and Behaviour*, 1, 60-73.
- Dmitrieva, J., Chen, C., Greenberger, E. y Gil-Rivas, V. (2004). Family relationships and adolescent psychosocial outcomes: converging findings from eastern and western cultures. *Journal of Research on Adolescence*, 14(4), 425-47.
- Eagle, M. (2000). The developmental perspectives of attachment and psychoanalytic theory. En P. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.). *Attachment Theory*, Londres: Analytic Press.
- Edelman, G. M. y Tononi, G. (2000). *Consciousness: How matter becomes imagination*. Londres: Penguin.
- Ehrlich, H. S. (2003). Working at the frontier and the use of the analyst: reflections on analytic survival. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 235-47.
- Eigen, M. (2001). *Damaged Bonds*. Londres: Karnac.
- Ekstrom, S. R. (2004). Freudian, Jungian and cognitive models of the unconscious. *Journal of Analytical Psychology*, 49(5), 657-82.
- (2005). Response to «The influence of complexes on implicit learning». *Journal of Analytical Psychology*, 50(2), 191-3.
- Emde, R. N. (1983). The pre-representational self and its affective core. *Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 165-92.
- Everest, P. (1999). The multiple self: working with dissociation and trauma. *Journal of Analytical Psychology*, 44(4), 443-64.
- Feldman, B. (2004). A skin for the imaginal. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 285-311.
- Ferro, A. (2005). *Seeds of Illness, Seeds of Recovery: The genesis of suffering and the role of psychoanalysis*. P. Slotkin (trad.). New Library of Psychoanalysis series, ed. D. Birksted-Breen. Hove y Nueva York: Brunner-Routledge. [Ed. cast.: (2004). *Factores de enfermedad, factores de curación. Génesis del sufrimiento y cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Lumen].
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient, *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 639-56.

- (2000). Dreams of borderline patients. En J. Perelberg (Ed.). *Dreaming and Thinking*, Londres: Karnac.
- (2002). Chairmans comments [Comentarios del Presidente], Anna Freud Centre Fiftieth Anniversary Conference, School of Oriental and African Studies, Londres, 2 de noviembre. [Congreso del 50º Aniversario del Centro Anna Freud, Facultad de Estudios Orientales y Africanos].
- (2003). Some complexities in the relation of theory to technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 72, 13-47.
- (2004). Psychotherapy meets neuroscience: a more focused future for psychotherapy research. *Psychiatric Bulletin*, 28, 357-9.
- Fordham, M. (1957). Notes on the transference. En M. Fordham, *New Developments in Analytical Psychology*. Londres: Routledge.
- (1969). *Children as Individuals*. Londres: Hodder and Stoughton.
- (1976). *The Self and Autism*. Londres: Heinemann.
- (1985). *Explorations into the Self*. Library of Analytical Psychology, vol. 7, Londres: Academic Press.
- Fox, H., Parrott, A. C. y Turner, J. J. D. (2001a). Ecstasy/MDMA related cognitive deficits: a function of dosage rather than awareness of problems. *Journal of Psychopharmacology*, 15, 273-81.
- Fox, H., Turner, J. J. D. y Parrott, A. C. (2001b). Dose related deficits in Reys Auditory Verbal Learning Task, in abstinent Ecstasy/MDMA users. *Human Psychopharmacology*, 16, 615-20.
- Freeman, W. J. (1999). *How Brains Make Up their Minds*. Londres: Phoenix, Orion Press.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. En *Standard Edition*, vol. 19. Londres: Hogarth Press. [Ed. cast.: (2016). *El yo y el ello*. Madrid: Amorrotu Editores].
- Gabbard, G. O. (2000). Disguise or consent. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(6), 1071-86.
- Gallagher, S. y Meltzoff, A. N. (1996). The earliest sense of self and others: Merleau-Ponty and recent developmental studies. *Philosophical Psychology*, 9, 211-33.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. y Rizzolatti, G. (2002). Action representation and the inferior parietal lobule. En W. Prinz y B. Hommel (eds.). *Common Mechanisms in Perception and Action: Attention and performance*, vol. 19, 334-55. Nueva York: Oxford University Press.
- Gamwell, L. (2000). The muse is within: the psyche in a century of science. En L. Gamwell (ed.) *Dreams 1900-2000: Science, art and the unconscious mind*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Gerhardt, S. (2004). *Why Love Matters: How affection shapes a baby's brain*. Hove y Nueva York: Brunner-Routledge. [Ed. cast.: (2016). *El amor maternal: la influencia del afecto en cerebro y las emociones del bebé*. Barcelona: Eleftheria].
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., Nugent III, T. F., Herman, D. H., Clasen, L. S., Toga, A. W., Rapaport, J. L. y

- Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 101(21), 8174-9.
- Goldberg, E. (2001). *The Executive Brain: Frontal lobes and the civilised mind*. Oxford y Nueva York: Oxford University Press. [Ed. cast.: (2015). El cerebro ejecutivo: lóbulos frontales y mente civilizada. J. García Sanz (trad.). Barcelona: Crítica].
- Goodwin, J. (2002). Snow White and the seven diagnoses. En V. Sinason (ed.), *Attachment, Trauma and Multiplicity: Working with dissociative identity disorder*. Hove: Brunner-Routledge.
- Green, V. (2003). *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience: Creating connections*. Hove y Nueva York: Brunner-Routledge.
- Grillon, C., Southwick, S. M. y Charney, D. S. (1996). The psychobiological basis of post-traumatic stress disorder. *Molecular Psychiatry*, 1, 278-97.
- Hamer, D. (2002). Genetics: rethinking behavior genetics. *Science*, 298(5591), 71-2.
- Hariri, A. R., Bookheimer, S. Y. y Mazziotta, J. C. (2000). Modulating emotional responses: effects of a neocortical network on the limbic system. *Neuroreport*, 11 (1), 43-8.
- Harper, C. C. y McLanahan, S. S. (2004). Father absence and youth incarceration. *Journal of Research on Adolescence*, 14(3), 369-97.
- Hartmann, E. (2000). The psychology and physiology of dreaming: a new synthesis. En L. Gamwell (ed.), *Dreams 1900-2000: Science, art and the unconscious mind*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Hebb, D. O. (1949). *Organisation and behaviour*. Nueva York: Wiley.
- Heilman, K. M., Barrett, A. M. y Adair, J. C. (1998). Possible mechanisms of anosognosia: a defect in self-awareness. *Philosophical Transactions of Royal Society, Londres B*, 353, 1903-9.
- Herzog, J. M. (1980). Sleep disturbance and father hunger in 18 to 28-month-old boys: the Erlkonig syndrome. *Psychoanalytic Study of the Child*, 35, 219-33.
- Hillman, J. y McLean, M. (1997). *Dream Animals*. San Francisco, CA: Chronicle.
- Hobson, J. A. (1999). The new neuropsychology of sleep: implications for psychoanalysis. *Neuropsychanalysis*, 1(2), 157-83.
- Hobson, J. A. y Pace-Schott, E. F. (1999). Response to commentaries on the new neuropsychology of sleep: implications for neuropsychanalysis. *Neuropsychanalysis*, 1(2), 206-24.
- Holmes, J. (1996). *Attachment, Intimacy, Autonomy: Using attachment theory in adult psychotherapy*, Northvale, NJ: Aronson.
- Hopkins, J. (1986). Solving the mystery of monsters: steps towards the recovery from trauma. *Journal of Child Psychotherapy*, 12(1), 61-71.
- Horgan, J. (1999). Can science explain consciousness? En *The Scientific American Book of the Brain*, Guilford, CT: Lyons Press.
- Houdé, O., Zago, L., Crivello, F., Moutier, S., Pineau, A., Mazoyer, B. y Tzourio-Mazoyer, N. (2001). Access to deductive logic depends on a right ventromedial

- prefrontal area devoted to emotion and feeling: evidence from a training paradigm. *NeuroImage*, 14, 1486-92.
- Jacoby, M. (1969). A contribution to the phenomenon of transference. *Journal of Analytical Psychology*, 14(2), 133-42.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. París: Alcan.
- Johnson, S. C. (2000). The recognition of mentalistic agents in infancy. *Trends in Cognitive Science*, 4, 22-8.
- Johnson and Johnson Services Inc. Video (2000). *Amazing Talents of the Newborn*. Nueva York: Johnson and Johnson Pediatric Institute, LLC.
- Joseph, R. (1992). *The Right Brain and the Unconscious: Discovering the stranger within*. Nueva York: Plenum Press.
- Jung, C. G. (1904). Studies in word association, *CW* 2.
- (1912). The theory of psychoanalysis, *CW* 4. [Ed. cast.: (1983). «Teoría del psicoanálisis». F. Oliver Brachfeld (trad.). Esplugues del Llobregat, Barcelona: Plaza & Janés].
- (1928). The therapeutic value of abreaction, *CW* 16: párr. 267. [Ed. cast.: (2006). El valor terapéutico de la abreacción. En *La práctica de la psicoterapia*, Obra completa de Carl Gustav Jung 16. J. Navarro Pérez (trad.). Madrid: Trotta].
- (1934a). A review of the complex theory, *CW* 8: párrs. 200-3.
- (1934b). The meaning of psychology for modern man, *CW* 10. [Ed. cast.: (2000). El significado de la psicología para el presente. En C. G. Jung, *Civilización en transición*, Obra completa de Carl Gustav Jung 10. C. Martín (trad.). Madrid: Trotta].
- (1935). *The Tavistock Lectures*, *CW* 18. [Ed. cast.: (2009). Las conferencias Tavistock. Sobre la teoría y la práctica de la psicología analítica. En *La vida simbólica*, Obra completa de Carl Gustav Jung 18/1. J. Navarro Pérez (trad.). Madrid: Trotta].
- (1938). *Terry Lectures*, Yale University, New Haven, CT; publicado en *CW* 11: párr. 41.
- (1946). Analytical psychology and education, *CW* 17: párr. 189. [Ed. cast.: (2010). Psicología analítica y educación. En *Sobre el desarrollo de la personalidad*, Obra completa de Carl Gustav Jung 17. J. Navarro Pérez (trad.). Madrid: Trotta].
- (1953a). Individual dream symbolism in relation to alchemy, *CW* 12: párr. 44. [Ed. cast.: (2005). Símbolos oníricos del proceso de individuación. En *Psicología y Alquimia*, Obra completa de Carl Gustav Jung 12. A. Luis Bixio, (trad.). Madrid: Trotta].
- (1953b). The relations between the Ego and the unconscious, *CW* 7: párr. 274. [Ed. cast.: (2007). Las relaciones entre el yo y lo inconsciente. En *Dos escritos sobre psicología analítica*, Obra completa de Carl Gustav Jung 7. R. Fernández de Maruri, (trad.). Madrid: Trotta].
- (1954a). The practical use of dream-analysis, *CW* 16. [Ed. cast.: (2006). La aplicabilidad práctica del análisis de los sueños. En *La práctica de la psicoterapia*:

- contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia, Obra completa de Carl Gustav Jung* 16. Navarro Pérez, (trad.). Madrid: Trotta].
- (1954b). The significance of the unconscious in individual education, *CW* 17: párr. 260. [Ed. cast.: (2010). El significado de lo inconsciente para la educación individual. En *Sobre el desarrollo de la personalidad, Obra completa de Carl Gustav Jung* 17. J. Navarro Pérez (trad.). Madrid: Trotta].
 - (1954c). The development of personality, *CW* 17: párrs. 317-21. [Ed. cast.: (2009). Sobre el desarrollo de la personalidad. En *La vida simbólica, Obra completa de Carl Gustav Jung* 18/2. J. Navarro Pérez (trad.). Madrid: Trotta].
 - (1954d). Child development and education, *CW* 17. [Ed. cast.: (2010). El significado de la psicología analítica para la educación. En *Sobre el desarrollo de la personalidad, Obra completa de Carl Gustav Jung* 17. J. Navarro Pérez (trad.). Madrid: Trotta].
 - (1960). General aspects of dream psychology, *CW* 8: párr. 509. [Ed. cast.: (2004). Puntos de vista generales acerca de la psicología de los sueños. En *La dinámica de lo inconsciente, Obra completa de Carl Gustav Jung* 8. D. Ábalos (trad.). Madrid: Trotta].
 - (1962). *Memories, Dreams, Reflections*, grabados por A. Jaffé (ed.). Nueva York: Pantheon; Londres: Collins y Routledge y Kegan Paul; edición en rústica, Londres: Fontana. [Ed. cast.: (1999). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. A. Jaffé (ed.), M. R. Borrás (trad.). Colección Los tres mundos. Barcelona: Seix Barral].
- Kagan, R. (2004). *Rebuilding Attachments with Traumatized Children*. Nueva York: Haworth Press.
- Kalsched, D. (1996). *The Inner World of Trauma: Archetypal defences of the human spirit*. Londres y Nueva York: Routledge.
- (1999). Response to «The multiple self: working with dissociation and trauma». *Journal of Analytical Psychology*, 44(4), 465-74.
- Kaplan-Solms, K. y Solms, M. (2000). *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis: Introduction to a depth neuropsychology*. Madison, CT: International Universities Press.
- Khan, M. R. (1971). «To hear with eyes»: clinical notes on body as subject and object. En M. R. Khan, *The Privacy of the Self*. Nueva York: International Universities Press; Londres: Hogarth Press.
- Kirsch, T. B. (1968). The relationship of the REM state to analytical psychology. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1459-63.
- Knox, J. (2001). Memories, fantasies, archetypes: an exploration of some connections between cognitive science and analytical psychology. *Journal of Analytical Psychology*, 46(4), 613-35.
- (2003). *Archetype, Attachment, Analysis: Jungian psychology and the emergent mind*, Londres: Brunner-Routledge.
 - (2004). Developmental aspects of analytical psychology: new perspectives from cognitive science and attachment theory – Jungs model of the mind. En J. Cambray y

- L. Carter (eds.), *Analytical Psychology: Contemporary perspectives in Jungian analysis*, Hove y Nueva York: Brunner-Routledge.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1999). *Philosophy in the Flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. Nueva York: Basic Books.
- Lanius, R., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W., Gati, J. S. y Menon, R. (2004). The nature of traumatic memories: a 4-T fMRI functional connectivity analysis. *American Journal of Psychiatry*, 161, 36-44.
- Lanyado, M. (1999). Traumatization in children. En M. Lanyado y A. Horne (Eds.), *The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy*. Londres: Routledge.
- LeDoux, J. E. (1996). *The Emotional Brain*. Nueva York: Simon and Schuster. [Ed. cast.: (1999). *El cerebro emocional*. M. Abdala (trad.). Barcelona: Planeta/Ariel].
- (1999). Emotion, memory and the brain. En *The Scientific American Book of the Brain*. Guilford, CT: Lyons Press.
- (2002). *Synaptic Self: How our brains become who we are*. Londres: Pan Macmillan.
- Legerstee, M. (1991). The role of the person and object in eliciting early imitation. *Journal of Experimental Child Psychology*, 51, 423-33.
- Levin, F. (1997). Integrating some mind and brain views of transference: the phenomena. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 1121-52.
- Levine, P. (1997). *Waking the Tiger: Healing trauma*, Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Ludlow, C. L. (2000). Stuttering: dysfunction in a complex and dynamic system. *Brain*, 123, 1983-4.
- Luria, A. R. (1987). Mind and brain: Lurias philosophy. En R. L. Gregory (ed.), *The Oxford Companion to the Mind*, Oxford y Nueva York: Oxford University Press. [Ed. cast.: (1995). *Diccionario Oxford de la mente*. I. Cifuentes de Castro (trad.). Madrid: Alianza Editorial].
- McCann, I. L. y Colletti, J. (1994). The dance of empathy: a hermeneutic formulation of countertransference, empathy and understanding in individuals who have experienced early childhood trauma. En J. P. Wilson y J. Lindy (eds.), *Countertransference in the Treatment of PTSD*. Nueva York y Londres: Guilford Press.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the Body: A psychoanalytical approach to psychosomatic illness*. Londres: Free Association Books. [Ed. cast.: (1995). *Teatros del cuerpo*. A. Domínguez Pabón (trad.). Madrid: Julián Yébenes].
- Mandler, J. M. y McDonough, L. (2000). Advancing downward to the basic level. *Journal of Cognition and Development*, 1, 379-403.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K. y Powell, B. (2002). The circle of security project: attachment-based intervention with care-giver-pre-school child dyads, *Attachment and Human Development*, 4 (1): 107-24.
- Meltzer, D. M. (1973). *Sexual States of Mind*. Strath Tay: Clunie Press.
- Meltzoff, A. N. (1995). Understanding the intentions of others: re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental Psychology*, 31, 838-50.
- Meltzoff, A. N. y Moore, M. K. (1995). Infants understanding of people and things:

- from body imitation to folk psychology. En J. Bermudez, A. J. Marcel y N. Eilan (eds.), *Body and the Self*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Miller, A. (2005). *The Body Never Lies: The lingering effects of cruel parenting*. Nueva York y Londres: Norton. [Ed. cast.: (2014). *El cuerpo nunca miente*. M. Torrent López de Lamadrid (trad.). Barcelona: Austral].
- Miller, G. (2004). Forgetting and remembering: learning to forget. *Science*, 304(5667), 34-6.
- Milne, A. A. (1958 [1926]). *Winnie-the-Pooh*. Londres: Methuen. [Ed. cast.: (1985). *Winnie de Puh*. I. Gortázar (trad.). Madrid: Altea].
- Mitrani, J. L. (2001). *Ordinary People and Extra-ordinary Protections: A Post-Kleinian approach to the treatment of primitive mental states*. Hove: Brunner-Routledge; Philadelphia, PA: Taylor and Francis.
- Modell, A. H. (1997). Reflections on metaphors and affects. *Annual of Psychoanalysis*, 25, 219-33.
- (1999). The dead mother syndrome and the reconstruction of trauma. En *The Dead Mother*, The New Library of Psychoanalysis, Londres: Routledge.
- Mollon, P. (1996). *Multiple Selves, Multiple Voices*. Chichester: Wiley.
- (2002). Dark dimensions of multiple personality. En V. Sinason (Ed.), *Attachment, Trauma and Multiplicity: Working with dissociative identity disorder*. Hove: Brunner-Routledge.
- Morgan, M. (2002). Ecstasy: throwing the baby out with the bath water? *The Psychologist*, 15(9), 468-9.
- Morton, J. y Johnson, M. H. (1991). CONSPEC and CONLEARN: a two-process theory of infant face recognition. *Psychological Review*, 98, 164-81.
- Myers, C. S. (1940). *Shell Shock in France 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Naccache, L., Gaillard, R., Adam, C., Hasboun, D., Clémenceau, S., Baulac, M., Dehaene, S. y Cohen, L. (2005). A direct intracranial record of emotions evoked by subliminal words. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 102(21), 7713-17.
- Nakamura, K., Kawashima, R., Ito, K., Sugiura, M., Kato, T., Nakamura, A. *et al.* (1999). Activation of the right inferior frontal cortex during assessment of facial emotion. *Journal of Neurophysiology*, 82, 1610-14.
- Nijenhuis, E. R. S. y Van der Hart, O. (1999). Forgetting and reexperiencing trauma. En J. Goodwin, J. Attias y R. Attias (eds.), *Splintered Reflections: Images of the body in trauma*. Nueva York: Basic Books.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. y Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality, Trauma Information Pages Website. Consultada en enero de 2004, en <http://www.trauma-pages.com/Nijenhuis-2004.htm>.
- O'Brien, G. y Opie, J. (2003). The multiplicity of consciousness and the emergence of the Self. En T. Kircher y A. David (eds.), *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J. y Gabrieli, J. D. (2002). Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(8), 1215-29.
- Pally, R. (2000). *The Mind-Brain Relationship*. Londres y Nueva York: Karnac.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*, Nueva York y Oxford: Oxford University Press.
- (2003). The neural nature of the core SELF: implications for understanding schizophrenia. En T. Kircher y A. David (eds.). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Parrott, A. (2002). Ecstasy: very real, very damaging. *The Psychologist*, 15, 472-3.
- Paus, T. (2005). Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 60-8.
- Paus, T., Zijdenbos, A., Worsley, K., Collins, D. L., Blumenthal, J., Giedd, J. N., Rappaport, J. L. y Evans, A. C. (1999) Structural maturation of neural pathways in children and adolescents: in vivo study. *Science*, 283, 1908-11.
- Perry, B. D. (1999). The memories of states: how the brain stores and retrieves experience. En J. M. Goodwin y R. Attias (eds.), *Splintered Reflections: Images of the body in trauma*. Nueva York: Basic Books.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, E. W. L. y Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and «use-dependent» development of the brain: how «states» become «traits». *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-91.
- Porges, S. W. (1996). Emotion: an evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. En C. S. Carter, B. Kirkpatrick y I. I. Lederhendler (eds.). *The Integrative Neurobiology of Affiliation*, Nueva York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Post, R. M. y Weiss, S. R. B. (1998). Sensitisation and kindling in mood, anxiety, and obsessive-compulsive disorders: the role of serotonergic mechanisms in illness progression. *Biological Psychiatry*, 44(3), 193-206.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A developmental perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Quinodoz, J.-M. (2002). *Dreams that Turn Over a Page: Paradoxical dreams in psychoanalysis*. Londres: Brunner-Routledge.
- Redfearn, J. W. T. (1985). *My Self, My Many Selves*. Londres: Academic Press.
- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Paans, A. M. J., Korf, J., Willemsen, A. T. M. y den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage*, 20, 2119-25.
- Reiser, M. F. (1999). Commentary on the new neuropsychology of sleep. *Neuropsychanalysis*, 1(2), 196-206.
- Restak, R. (2001). *The Secret Life of the Brain*. Washington D. C.: National Academy Press.
- Ribeiro, S. (2004). Towards an evolutionary theory of sleep and dreams. *MultiCiência*, 3.

- Ricaurte, G. A., DeLanney, L. E., Irwin, I. y Langston, J. W. (1988). Toxic effects of 3,4-methylenedioxymeth-amphetamine (MDMA) on central serotonergic neurons in the primate: importance of route and frequency of drug administration. *Brain Research*, 446, 165-8.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L. y Gallese, V. (1999). Resonance behaviours and mirror neurons. *Archives of Italian Biology*, 137, 85-100.
- Rochat, P. (ed.) (1999). *Early Social Cognition: Understanding others in the first months of Life*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rochat, P. y Hespos, S. J. (1997). Differential rooting response by neonates: evidence for an early sense of self. *Early Development and Parenting*, 6, 105-12.
- Rosen, J. B. y Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325-50.
- Rosenbaum, T. (2002). *The Golems of Gotham*. Nueva York: Harper-Collins.
- Rossi, E. L. (2004). Sacred spaces and places in healing dreams: gene expression and brain growth in rehabilitation. *Psychological Perspectives*, 47(1), 48-63.
- Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers: The psychobiology of trauma and trauma treatment*. Nueva York: Norton.
- Rowling, J. K. (1997). *Harry Potter and the Philosophers Stone*, Londres: Bloomsbury. [Ed. cast.: (2011). *Harry Potter y la piedra filosofal: el ojo mágico*. N. Sánchez Alonso (trad.). Barcelona: Ediciones B].
- Scaer, R. C. (2001a). *The Body Bears the Burden: Trauma, dissociation and disease*. Nueva York, Londres y Oxford: Haworth Press.
- (2001b). The neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychology and Biofeedback*, 26(1), 73-91.
- Schank, R. C. (1999). *Dynamic Memory Revisited*, Cambridge y Nueva York: Cambridge University Press.
- Schank, R. C. y Morson, G. S. (1990). *Tell Me a Story: Narrative and intelligence*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The neurobiology of emotional development*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- (2001a). Minds in the making: attachment – the self-organising brain and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17(3), 299-328.
- (2001b). The right brain as the neurobiological substratum of Freuds dynamic unconscious. En D. Scharff (ed.) *The Psychoanalytic Century: Freuds legacy for the future*. Nueva York: Other Press.
- (2001c). The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 210-69.
- (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic

- attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30.
- (2003a). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. Nueva York: Norton.
 - (2003b). *Affect Regulation and Repair of the Self*. Nueva York: Norton.
 - (2005) Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics In Review*, 26, 204-11.
 - (2005a) A neuropsychanalytic viewpoint: commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(6), 829-854.
 - (2009). Attachment trauma and the developing right brain: origins of pathological dissociation. En P. F. Dell y J. A. O'Neil (eds.), *Dissociation and Dissociative Disorders DSM-5 and Beyond*. Nueva York y Londres: Routledge.
- Searles, H. (1986). *My Work with Borderline Patients*. Northvale, NJ: Aronson.
- Segal, H. (1991). *Dream, Art, Phantasy*. Londres y Nueva York: Routledge.
- Sherwood, D. (2006). Response to M. Wilkinsons paper The Dreaming Mind-Brain. *Journal of Analytical Psychology*, 51, 1.
- Shin, Y.-W., Lee, J.-S., Han, O.-S. y Rih, B.-Y. (2005) The influence of complexes on implicit learning. *Journal of Analytical Psychology*, 50(2), 175-90.
- Sidoli, M. (2000). *When the Body Speaks: The archetypes in the body*. P. Blakemore (ed.), Londres y Philadelphia, PA: Routledge.
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Nueva York: Guilford Press. [Ed. cast.: (2007). *La mente en desarrollo: cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. J. Aldekoa (trad.). Bilbao: Desclee de Brouwer].
- (2003). An interpersonal neurobiology of psychotherapy. En M. F. Solomon y D. J. Siegel (eds.), *Healing Trauma: Attachment, mind, body and brain*. Nueva York y Londres: Norton.
- Sieratzki, J. S. y Woll, B. (1996). Why do mothers cradle babies on their left? *Lancet*, 347, 1746-8.
- Sinason, V. (2002). The shoemaker and the elves: working with multiplicity. En V. Sinason (ed.), *Attachment, Trauma and Multiplicity: Working with dissociative identity disorder*, Hove: Brunner-Routledge.
- Solms, M. (1999). Commentary on the new neuropsychology of sleep. *Neuropsychanalysis*, 1(2), 183-95.
- Solms, M. y Greenfield, S. (2002). The private life of the brain dialogue. En la serie *On the Way Home*, Institute of Psychoanalysis, Londres, 30 de octubre.
- Solms, M. y Turnbull, O. (2002). *The Brain and the Inner World: An introduction to the neuroscience of subjective relationship*. Nueva York: Other Press.
- Solomon, H. M. (1998). The self in transformation: the passage from a two- to a three-dimensional internal world. *Journal of Analytical Psychology*, 43(2), 225-38.
- (2004). Self creation and the «as if» personality. *Journal of Analytical Psychology*, 49(5), 635-56.
- Spiegel, D. y Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders

- revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-78.
- Stein, L. (1967). Introducing not-self. *Journal of Analytical Psychology*, 12(2), 97-113.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. Nueva York: Basic Books.
- Stewart, H. (1992). *Psychic Experience and Problems of Technique*, Londres y Nueva York: Routledge.
- Stolorow, R. (1997). Principles of dynamic systems, intersubjectivity, and the obsolete distinction between one-person and two-person psychologies. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 859-68.
- Sullivan, R. M. y Gratton, A. (2002). Prefrontal cortical regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal function in the rat and implications for psychopathology: side matters. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 99-114.
- Symington, J. (1985). The survival function of primitive omnipotence. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, 481-8.
- Taylor, E. (1982). *William James on Exceptional Mental States: The 1896 Lowell Lectures*. Nueva York: Scribners.
- Teicher, M. (2000). Wounds that time wont heal: the neurobiology of child abuse. *Cerebrum*, 2(4), 50-67.
- (2002). Scars that will not heal: the neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286(3), 68-75.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 322-34.
- (1994). True memories of childhood trauma: flaws, absences and returns. En M. A. Conway (ed.), *The Recovered Memory/False Memory Debate*. Londres: Academic Press.
- Trevarthen, C. (1989). Development of early social interactions and the affective regulations of brain growth. En C. von Euler y H. Forssberg (eds.), *The Neurobiology of Early Infant Behaviour*. Nueva York: Macmillan.
- Tronick, E. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 44, 290-9.
- Trowell, J. (1998). Child sexual abuse and gender identity development: some understanding from work with girls who have been sexually abused. En D. Di Ceglie y D. Freedman (eds.), *A Stranger in my Own Body*. Londres: Karnac.
- Tzourio-Mazoyer, N., DeSchonen, S., Crivello, F., Reutter, B., Aujard, S. y Mazoyer, B. (2002). Neural correlates of woman face processing by 2-month-old infants. *NeuroImage*, 15, 451-61.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score: approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (eds.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Nueva York y Londres: Guilford Press.
- (2000). Post traumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22.
- Watt, D. E. (2005). Social bonds and the nature of empathy, *Journal of Consciousness*

- Studies*, 12(8-10), 185-209.
- Westen, D. y Gabbard, O. G. (2002). Cognitive neuroscience, conflict and compromise. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 53-98.
- Wilkinson, M. A. (2001). His mother tongue: from stuttering to separation, a case history. *Journal of Analytical Psychology*, 46(2), 257-74.
- (2003). Undoing trauma: contemporary neuroscience – a clinical perspective. *Journal of Analytical Psychology*, 48(2), 235-53.
- (2004). The mind-brain relationship: the emergent self. *Journal of Analytical Psychology*, 49(1), 83-101.
- (2005). Undoing dissociation: affective neuroscience – a contemporary Jungian clinical perspective. *Journal of Analytical Psychology*, 50(4), 483-501.
- (2006). The dreaming mind-brain, a Jungian perspective. *Journal of Analytical Psychology*.
- Williams, G. P. (2004). Respuesta al artículo del Dr. Barry Proner, Bodily states of anxiety, dada en el Congreso Científico de la Society of Analytical Psychology, Londres, 4 de octubre.
- Williams, L. (1994) Recall of childhood trauma: a prospective study of womens memories of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-76.
- Winnicott, D. W. (1960). True and false self. En D. W. Winnicott (ed.) (1965), *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press.
- (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press.
- Woodhead, J. (2004). «Dialectical process» and «constructive method»: micro-analysis of relational process in an example from parent-infant psychotherapy. *Journal of Analytical Psychology*, 49(2), 143-60.
- (2005). Shifting triangles: images of father in sequences from parent-infant psychotherapy. *International Journal of Infant Observation*, 7(2-3), 76-90.
- World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Ginebra: WHO. [Ed. cast.: (2015). Organización Mundial de la Salud. *CIE-10-ES: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión*. Versión preliminar 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General Técnica].
- Yehuda, R. (1998.) *Psychological Trauma*. Washington D. C. y Londres: American Psychiatric Press.
- Yurgelun-Todd, D. (1998). Brain and psyche: the neurobiology of the self, comunicación presentada en el seminario Brain and Psyche del Whitehead Institute for Biomedical Research, Cambridge, MA.
- Zakanis, K. K. y Young, D. A. (2001). Memory impairment in abstinent MDMA (Ecstasy) users: a longitudinal investigation. *Neurology*, 56, 966-9.
- Zeki, S. y Bartels, A. (1998). The asynchrony of consciousness. *Proceedings of the Royal Society of Londres*, 265, 1583-5.



Margaret Wilkinson es miembro de la Sociedad de Psicología Analítica y del Instituto West Midlands de Psicoterapia y miembro del consejo editorial del *Journal of Analytical Psychology*. Dirige seminarios de investigación y debate clínico sobre neurociencia para la Escuela Norte de Psicoterapia Infantil y Adolescente en Leeds y Cambridge, para el Instituto de Salud Mental de la Universidad de Nottingham y la Sociedad de Psicología Analítica de Londres.

La neurociencia contemporánea tiene mucho que aportar a la comprensión del binomio mente-cerebro. *Volver a la mente* aspira a salvar las diferencias entre la teoría y la práctica clínica, demostrando que es vital que las terapias psicológicas conozcan los avances y el conocimiento que aporta la neurociencia para poder mantener su integridad científica en el siglo XXI.

Margaret Wilkinson presenta al terapeuta los aspectos de la neurociencia que pueden ser más importantes para su práctica, guiando al lector por temas como la memoria, la plasticidad del cerebro, las conexiones neuronales y el cerebro emocional. Se incluyen estudios de casos clínicos detallados en todo el libro para demostrar el valor añadido que puede aportar el uso del conocimiento y la perspectiva derivados de la neurociencia. El libro se centra en los aspectos relacionales y reguladores de los afectos que forjan nuevas vías neurales por medio de la conexión emocional, formando así el andamiaje emocional que permite el desarrollo de la mente. Entre los temas que se abordan están los siguientes:

- ¿Por qué neurociencia?
- El desarrollo temprano de la mente-cerebro
- Cómo deshacer la disociación
- La mente-cerebro y sus sueños
- El cerebro del adolescente
- El sí-mismo emergente

Este libro consigue hacer accesible la investigación más avanzada, ayudando así a los profesionales de la salud mental a captar la importancia directa de la neurociencia para el ejercicio de su profesión. Es de enorme interés para analistas junguianos, psicoanalistas, psicoterapeutas psicodinámicos y orientadores.

«Una contribución ejemplar al conocimiento neuropsicoanalítico».

Alan N. Schore



www.editorialeleftheria.com

El trauma visto por los niños

Peter A. Levine, Ph.D. y Maggie Kline, MF, MFT



*Despertar el milagro cotidiano de la curación
desde la infancia hasta la adolescencia*



El trauma visto por los niños

Levine, Peter A.

9788494547751

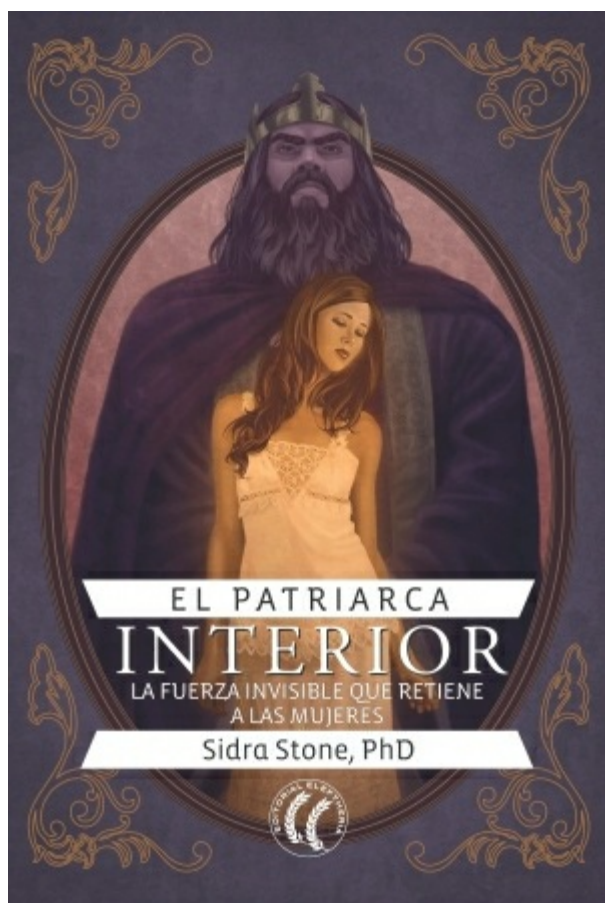
467 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El trauma visto por los niños describe paso por paso la aplicación práctica de los «primeros auxilios emocionales» en las secuelas de heridas y traumas emocionales en los niños. Se ha escrito para un público general e incluye capítulos específicos que resultarán de especial interés a padres, educadores y profesionales de la salud.

Al comprender que el trauma engendra violencia y la violencia engendra trauma, la intención de los autores es proveer información, ejemplos y actividades que romperán el círculo vicioso. Los niños tienen la libertad de desarrollar un fuerte sentido de identidad cuando la agitación interna se transforma en paz interior, preparando el camino para que sean todo lo que pueden ser. En esta guía completa, Peter Levine y Maggie Kline te invitan amablemente a que te unas a ellos en el sueño colectivo de tejer una nueva tela social a través de las poderosas herramientas de intervención de trauma aquí ofrecidas, para que los niños a través del mundo puedan realmente contar con la libertad de ser niños.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



El patriarca interior

Stone, Sidra
9788494501951
234 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El patriarca interior es de lectura obligatoria para la gran mayoría de mujeres. Sidra Stone nos enseña que la revolución femenina es también un trabajo interno. A pesar de que el sistema externo ha cambiado un poco, muchas de nuestras creencias inconscientes no lo han hecho.

Nuestro poder femenino, la sexualidad, los roles relacionales y las emociones están inconscientemente influenciados por una voz interior producto de más de dos mil años de patriarcado. Este libro facilita el cambio en nosotras mismas, nos muestra que dentro de cada una de nosotras vive un patriarca interno, un rey en la sombra, que continúa dirigiéndonos según las viejas reglas y valores patriarcales, gran parte de los cuales nos han sido transmitidos por nuestras propias madres.

El patriarca interior nos muestra esta voz y examina su poder, nos enseña a transformar este enemigo oculto en un poderoso aliado propiciando que cada mujer se apodere y actúe todo su potencial femenino.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El cuerpo recuerda

*La psicofisiología del trauma y
el tratamiento del trauma*



Babette Rothschild



El cuerpo recuerda

Rothschild, Babette

9788494480126

274 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Es muy valioso, tanto para los clínicos como para sus clientes, comprender la psicofisiología del trauma y saber qué hacer con sus manifestaciones. Este libro ilumina esa fisiología, ofreciendo una luz sobre el impacto del trauma en el cuerpo y el fenómeno de la memoria somática.

Ahora se sabe que las personas que han sido traumatizadas conservan una memoria implícita de eventos traumáticos en sus cerebros y cuerpos. Esa memoria se expresa a menudo en la sintomatología del trastorno de estrés postraumático: pesadillas, flash-backs, reacciones asustadizas y conductas disociativas. En esencia, el cuerpo de la persona traumatizada se niega a ser ignorado.

Mientras reduce la brecha entre la teoría científica y la práctica clínica y crea puentes entre la terapia de conversación y la terapia corporal, Rothschild presenta principios y técnicas no invasivas para dar al cuerpo su lugar. Las técnicas somáticas que utiliza logran hacer la terapia de trauma más segura a la vez que aumenta la integración mente-cuerpo.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



La danza de la sombra

Richo, David

9788494480188

391 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Te atreves a amar a aquéllos que has odiado toda tu vida?

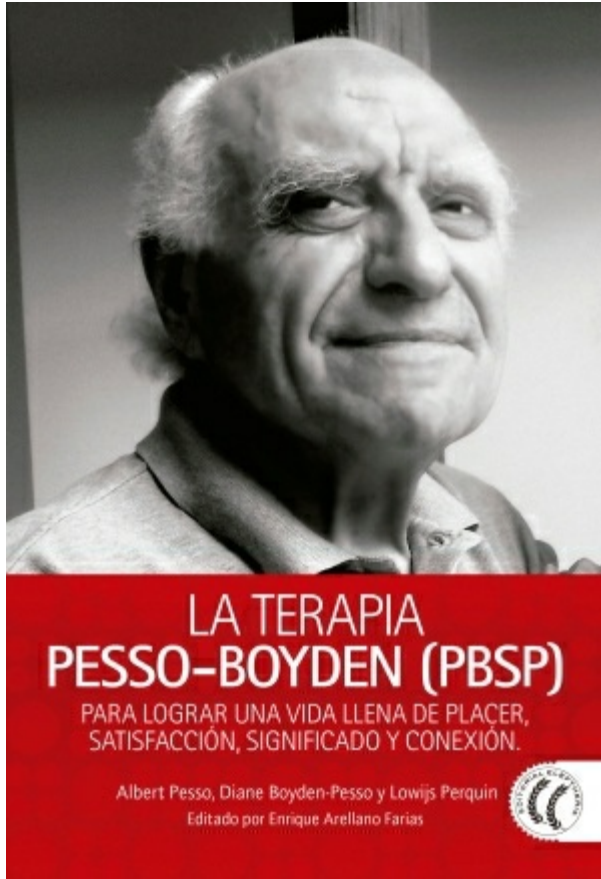
La sombra es todo lo que no conocemos o nos negamos a conocer de nosotros mismos, tanto si se refiere a la oscuridad como a la luz.

La danza de la sombra te enseña a transformar tus demonios interiores y a despertar tus divinidades latentes.

Muchos libros de espiritualidad recomiendan desprenderse del ego y en este libro se explica claramente cómo hacerlo.

Los ejercicios que encontrarás en estas páginas sirven de examen de consciencia, un examen realizado por nuestra consciencia espiritual adulta, y que se realiza cuando entablamos amistad con nuestra sombra negativa. Esta amistad sirve para despertar nuestra vida interior ya que activamos y articulamos nuestra sombra positiva con toda su riqueza. ofrendas y capacidades. Ambas dimensiones de nuestra alma, por consiguiente, reciben la misma atención y conceden favores iguales. Cooperan como compañeras en armonía. Entablar una relación de amistad con la sombra es una danza.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



La Terapia Pesso-Boyden (PBSP)

Pesso, Albert

9788493527488

392 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Este libro nace para dejar un legado en español del trabajo de Albert Pesso y su esposa Diane Boyden-Pesso.

Al Pesso ha sido uno de los grandes de la psicoterapia corporal. Su labor ha llegado a muchos países de manera directa o indirecta y su influencia puede verse en numerosas terapias de reciente aparición. La terapia Pesso-Boyden, o PBSP, se enseña en Alemania, Holanda, Inglaterra, República Checa, Estados Unidos, Noruega, Bélgica y Suiza entre otros estados. Por primera vez se traducen sus textos al español en este libro.

Al Pesso aporta a la terapia su verdadero significado: Una terapia es aquel trabajo con otra persona que tiene la capacidad de devolver al individuo el derecho propio a estar en la vida que es natural e innata, de experimentar el placer y satisfacción además de poder darle un significado profundo a sus vivencias gracias a una sana conexión con los demás.

La labor de Albert Pesso, Diane Boyden-Pesso y el psiquiatra Lowijs Perquin, ha creado un sistema que merece la pena divulgar, ensalzar y compartir con otros.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Índice

Lista de ilustraciones y láminas	8
Prólogo	9
Agradecimientos	15
Lista de abreviaturas	18
1. ¿Por qué neurociencia?	19
2. Nociones básicas sobre el cerebro	31
3. El desarrollo temprano del cerebro-mente	62
4. Los sistemas de memoria	93
5. El sistema del miedo y el kindling psicológico en el cerebro-mente	117
6. El proceso de deshacer la disociación	137
7. El cerebro adolescente	158
8. El cerebro-mente que sueña	180
9. El sí-mismo emergente	206
Posdata	234
Referencias bibliográficas	241