

, LOS PATRONES DE APEGO EN EL TERAPEUTA. IMPLICACIONES PARA LA CLÍNICA FINA PLA

Esta ponencia tiene su origen en el interés que me despertó la lectura de un artículo de Wallin “Heridas que deben servir de herramientas: La historia de apego del terapeuta como fuente de impasse e inspiración”. Wallin es psicoanalista relacional y autor del libro “EL Apego en Psicoterapia”. Me pareció un tema muy estimulante y me condujo a explorar los modos en que el Análisis Bioenergético y la Teoría del Apego se interrelacionan y el efecto que estas aportaciones han producido en la teoría y práctica del Análisis Bioenergético. Asimismo, me interesaba explorar qué analistas bioenergéticos estaban haciendo contribuciones teóricas y clínicas que incorporaran las premisas aportadas desde esta teoría y desde el Psicoanálisis Relacional.

Evolución del Análisis Bioenergético Contemporáneo

Veamos qué analistas bioenergéticos han incorporado estas teorías en su corpus teórico y en su práctica desde mi conocimiento:

-David Campbell y June McDonagh fueron los pioneros en introducir los conceptos de la Teoría del Apego en el Análisis Bioenergético.

-Bob Lewis desde Nueva York, desarrollaba su concepto de “shock cefálico” para adentrarse en los procesos de escisión y después incorporaba los conceptos de Schore acerca de la regulación emocional y concluía que el diálogo empático entre los dos cerebros derechos es la base de nuestro trabajo bioenergético.

-Bob Hilton en California creaba su enfoque de la Psicoterapia Relacional Somática donde ha desarrollado un enfoque intersubjetivo y donde sitúa la relación terapéutica en un lugar central del proceso terapéutico.

-Guy Tonella, desde Francia incorporaba los conceptos de Stern y Fonagy y de la díada intersubjetiva a la vez que establecía las bases de un Análisis Bioenergético evolucionado y contemporáneo.

-Helen Resneck –Sannes, desde California aportaba la reflexión que desde las Neurociencias se trabaja con la regulación emocional en el trabajo cara a cara pero no se daba espacio a lo que sucede en el resto del cuerpo más abajo de la cabeza y a lo que sucede con el contacto. Postula que el Análisis Bioenergético aporta un sistema relacional-somático-energético y muscular.

-Vincentia Schroeter, la editora del Journal del IIBA, incorpora también los conceptos de la Teoría del Apego y de la terapia de Regulación Emocional en su práctica bioenergética y en sus escritos.

Haciendo un poco de historia, remontándonos a los orígenes, veamos cómo ha evolucionado el análisis bioenergético. En este sentido, las contribuciones de Guy Tonella, Bob Hilton y Bob Lewis han sido claves para ver la evolución que está ocurriendo dentro de nuestro enfoque bioenergético.

Para **Guy Tonella**, al proceso terapéutico tal como lo desarrolló Lowen le faltaba la dimensión interpersonal, centrada en la interacción, la intersubjetividad y la relación de apego.

Lowen, siguiendo a Freud y Reich, sitúa el instinto sexual y la sexualidad en el centro de su teoría casi en la misma época que Bowlby formula su Teoría del Apego. Ambas teorías según Guy se integran en el enfoque bioenergético actual.

Bowlby, Ainsworth y Main, junto con Stern y Fonagy han mostrado que el Self como una identidad en desarrollo no puede ser construido sin relación, sin la relación madre-hijo, sin la relación terapeuta-paciente. Para Guy, la teoría del Apego nos muestra que el conflicto en las estructuras pre-genitales no es un conflicto de origen sexual sino un **conflicto de déficit narcisista o un conflicto de naturaleza traumática**.

Sabemos que la teoría del análisis del carácter creada por Reich y desarrollada por Lowen se basa en la liberación de la coraza muscular crónica, una estructuración que reprime las emociones y el movimiento espontáneo. Pero hoy sabemos que el enfoque analítico tiene sus limitaciones puesto que cuando hay desconexión entre la emoción y su representación mental, hay una disociación y el método analítico se queda limitado en estos casos.

Una de las aportaciones de Guy, en línea con los conceptos de Lowen, es el trabajo de diferenciación entre el Yo y el Sí mismo. Distingue entre las estructuras pre-verbales y las estructuras verbales. El análisis del carácter se ha basado principalmente en el análisis del Yo y sus represiones. Nos encontramos con un Yo capaz de pensar y entender que está operativo hacia los dos años. Antes de esta edad tendríamos el Sí mismo pre-verbal, inmerso en un sistema de apego. El análisis del carácter se quedaría un poco limitado para trabajar con las estructuras pre-verbales que constituyen la estructura del Sí-mismo. La evidencia de que actualmente, como terapeutas, nos enfrentamos cada vez más a fallos del desarrollo pre-verbal del Sí mismo más que a problemáticas edípicas del Yo es una percepción compartida por distintos analistas.

Para que el paciente pueda entrar en contacto con sus experiencias pre-verbales desreguladas, necesita vivenciar al terapeuta como una base segura. Terapeuta y paciente van a crear conjuntamente una relación donde el terapeuta actúa como regulador de los estados emocionales del paciente. El rol del terapeuta ha evolucionado, y en este enfoque relacional ya no es solamente alguien que sabe, que hace una lectura corporal, que interpreta, puesto que trabajar con los traumas de déficit y de desarrollo requiere un sistema intersubjetivo donde paciente y terapeuta trabajan a un nivel también pre-verbal. Este proceso no es tan analítico del cerebro izquierdo y es más del cerebro derecho, más emocional e intersubjetivo, a fin de regular las sensaciones, emociones, expresiones de la cara y los ojos, distancia o cercanía que se dan en la danza de la díada terapeuta-paciente.

El terapeuta contemporáneo es alguien que contribuye de un modo co-creativo a la relación y facilita una regulación somato afectiva. La creación de este espacio intersubjetivo requiere del terapeuta una actitud de implicación y proximidad que le distancia del modelo analítico clásico basado más en la objetividad y distancia. Lo mismo que el niño con su madre, el paciente necesita sentir una presencia real y afectiva por parte del terapeuta.

Podemos decir que los analistas bioenergéticos contemporáneos nos movemos en un modelo de relación que oscila entre la relación analítica y la relación intersubjetiva.

Bob Hilton en sus escritos parte de la premisa de que el poder de la relación terapéutica ha sido bastante ignorado históricamente y sin embargo dice, somos seres relacionales. En varios de sus escritos habla de su proceso de terapia y de cuán importante ha sido su necesidad de una relación de a dos donde hubiera una comprensión empática por parte del terapeuta:

“Necesitaba una relación empática con mi terapeuta para resolver la escisión profunda en mi psique/soma creada por mi trauma temprano. Entendía que la tarea de la terapia era la exploración e integración de la escisión psique/soma causada por las respuestas inadecuadas del entorno a las necesidades fundamentales del niño. Pero también descubrí que la escisión no podía ser resuelta sólo con la re-identificación con el cuerpo. Necesitaba algo más de mi terapeuta...lo que yo necesitaba era la resonancia compasiva de alguien con quien yo era”. (pg. 20)

Para Hilton, el modelo terapéutico inicial del Análisis Bioenergético estaba basado en el modelo de una persona:

“Mi cuerpo se iba a curar liberando la tensión, pero trabajar en la relación no se consideraba esencial para el proceso. El supuesto era que el cuerpo es el Self y que trabajando con el cuerpo, ya que tenía un cuerpo, todo lo que tenía que hacer era apropiármelo y tendría el Self que necesitaba”. (pg.89)

El concepto de Winnicott de que se necesitan dos para hacer uno y el concepto de que el Self empieza como una experiencia corporal que se desarrolla a través de una relación, no se consideraba en este momento inicial, todavía no contábamos con las aportaciones y evidencias desde las neurociencias (Schoore, Siegel, Van der Kolk) y desde los analistas relacionales (grupo de Boston).

Bob continúa expresando lo que para él era esencial para poder abrir y contactar con su herida, alguien que estuviera presente afectivamente para él y no lo juzgara:

“Necesitaba a alguien que trabajara con el cuerpo y lo reconociera como el centro de la autoexpresión y el centro del Self verdadero pero más que esto, necesitaba una persona que quisiera contactar conmigo, no solamente un cuerpo, o un carácter, o un sistema energético, sino yo, con todas mis necesidades y vulnerabilidades. Necesitaba a alguien que pudiera reconocer la importancia del modelo uno y que fuera capaz de moverse al modelo dos, del modelo una persona, un cuerpo, al modelo dos, dos personas, dos cuerpos”. (pg. 36)

“Necesitaba a alguien que estuviera comprometido con nuestra relación, alguien que pudiera tolerar las tormentas de mi rabia y decepción, alguien que no pensara ni una vez que cualquier cosa que sucediera en la terapia no podía ser trabajada, alguien que estuviera comprometido independientemente del resultado. Necesitaba a alguien que luchara por nosotros”. (pg. 37)

A medida que el terapeuta acompaña al paciente en su retorno a los orígenes de sus heridas relacionales, el terapeuta debe conocer y comprender sus propias fallas relacionales y las

soluciones que buscó para ellas. Es esta dinámica relacional y todo lo que implica, lo que se convierte para Bob en un proceso curativo para ambos, terapeuta y paciente.

Aportación de Wallin

Después de estas aportaciones desde el Análisis Bioenergético contemporáneo, quiero introducir las aportaciones que Wallin, psicoanalista relacional hace al tema del apego en el terapeuta. Wallin explora cual es el impacto que tiene la psicología e historia del terapeuta en generar una relación facilitadora del desarrollo y expresa que “los patrones de apego del terapeuta pueden ser tanto una fuente de comprensión hacia la experiencia del paciente como también la causa de muchos impasses en el proceso terapéutico”. Afirma que el impacto de la historia personal del terapeuta en su efectividad clínica ha sido bastante ignorado. De hecho, cuando busqué bibliografía sobre el tema, prácticamente no encontré nada.

Es evidente que nuestra capacidad como terapeutas para generar un apego seguro con nuestros pacientes está mediatizada por nuestras propias relaciones de apego. Según Wallin, estos patrones pueden ser el factor más influyente tanto en la capacidad como en las limitaciones de crear una relación de apego seguro con el paciente.

Una pregunta clave que él propone es preguntarnos qué hemos sido capaces de integrar a través de nuestras relaciones y de nuestro proceso de terapia y qué hemos tenido que disociar porque amenazaba el vínculo primario. Este autoconocimiento se convierte en un recurso en la medida que hayamos podido integrar los aspectos dolorosos de nuestra historia. Para Wallin, el impacto de las experiencias no integradas del terapeuta va a tener un efecto adverso en la terapia, puede haber impasses, desencuentros, causados por lo que nos resulta insoportable de lo que el paciente evoca en nosotros.

Wallin está interesado en explorar cómo nuestros propios patrones de apego inciden en la relación terapéutica. Así como la historia de apego de los padres ha sido una influencia poderosa para el desarrollo del niño, así la historia de apego del terapeuta y **la relación del terapeuta con su propia historia** es una poderosa influencia en la capacidad del terapeuta para crear una relación facilitadora del desarrollo de su paciente.

Los cuatro tipos de Apego Adulto

Veamos a continuación los cuatro tipos de apego adulto y después veremos su impacto en nosotros como terapeutas.

Apego seguro: implica que la persona posee una capacidad de confiar en los otros y la capacidad de reflexionar sobre sus propios estados internos, lo que Fonagy llama **capacidad de mentalización**. Es una relación con **espacio para dos** donde coexiste el impulso de apegarnos y el de explorar el mundo. El concepto de **espacio para dos o para uno** es clave para Wallin.

Apego evitativo: hay una dificultad en confiar, son personas involucradas consigo mismas, devaluadoras y desconectadas de sus sentimientos. Es una relación donde **sólo hay espacio para uno mismo** y se da una prevalencia del impulso de exploración.

Apego ansioso: existe la tendencia a sentirse inundado emocionalmente, hay un miedo al abandono y son personas que devalúan sus propias necesidades para mantener la conexión con el otro. Es una relación dónde **sólo hay espacio para el Otro**, no para uno mismo. Se da una prevalencia del impulso de apegarnos.

Apego desorganizado: Se da una oscilación entre los dos patrones inseguros. Son personas que han sobrevivido a un trauma y lo recrean constantemente en el presente. Los dos impulsos están en conflicto y tanto uno como otro se viven como un peligro. La estrategia de apego es vulnerable al colapso.

Los cuatro estados mentales internos del terapeuta

Wallin desarrolla el concepto de que cada uno de los cuatro patrones de apego implica un estado mental interno en el terapeuta. Veamos cómo son estos cuatro estados internos del terapeuta según su patrón de apego:

El patrón de apego seguro correlaciona con un **estado interno seguro**

El patrón de apego evitativo correlaciona con un **estado interno negador**

El patrón de apego ansioso correlaciona con un **estado de interno preocupado**

El patrón de apego desorganizado correlaciona con un **estado interno no resuelto**

Wallin afirma que podemos pasar de un estado a otro en una misma sesión. Veamos más en detalle qué implicaciones tiene cada uno de estos estados internos del terapeuta.

Terapeuta en un estado interno seguro

Habría dos palabras clave cuando, como terapeutas estamos en este estado: libertad y flexibilidad. Libertad para pensar, sentir y estar en contacto con las sensaciones corporales y flexibilidad para transitar por diferentes estados y experiencias y adaptarse. Wallin habla de **“visión binocular”** propia de este estado, que permite el acceso a una amplia gama de experiencias en nosotros y en nuestros pacientes. Tenemos la capacidad para vincularnos y para explorar, características de un apego seguro. En este estado, hay **espacio para dos**, dos voces, dos perspectivas, dos centros de deseo.

El terapeuta en un estado interno negador

En este estado la palabra clave es aislamiento. Nos aislamos tanto del paciente como de nuestra propia experiencia interna. Bowlby describía como **“autosuficiencia compulsiva”** esta tendencia hacia la desconexión y el apagamiento emocional, para nosotros, típico de la estructura narcisista. Este estado implica pensar demasiado bien de nosotros mismos y demasiado poco en el paciente. En este estado estamos atrapados en la **estrategia de desactivación emocional** propia del apego evitativo. Ello implica que en vez de sentirnos cómodo con la estrategia de vinculación -buscamos al otro cuando estamos desregulados-, tendemos a desconectarnos de nosotros mismos y del paciente ante cualquier señal que podría activar el sistema de apego. El origen de esta estrategia de desactivación está en que el

terapeuta ha tenido figuras de apego controladoras y distantes que han rechazado el intento de acercamiento del niño.

Los terapeutas en estado negador se vuelven distantes de sus sentimientos y de los de sus pacientes y pueden protegerse inconscientemente de la amenaza de ser rechazados y controlados. Cuando estamos en este estado, somos alérgicos a las manifestaciones de vulnerabilidad, de necesidad y de vergüenza. Podemos desconectarnos con facilidad de nuestras emociones y sensaciones corporales así como de las de nuestros pacientes.

Puede haber una tendencia en el terapeuta a analizar la experiencia del paciente más que a sentirla o a profundizar en ella, se pone más énfasis en el pensar que no en el sentir, más en el comportamiento externo, que no en los estados internos. El miedo a la “fusión” característico de este estado puede llevar a retirarse del contacto en vez de a la intimidad.

Si entro en este estado, aislado de mis sentimientos y distanciado del paciente necesito parar y preguntarme. ¿Qué hay en mí o en el paciente de lo que necesito distanciarme? ¿Qué es lo que no quiero sentir?

El terapeuta en un estado interno preocupado

Este estado es el polo opuesto del estado negador. En el estado negador habitamos el cerebro izquierdo donde el pensamiento prevalece sobre el sentimiento y el Sí mismo es el centro. En el estado preocupado estamos en el cerebro derecho donde los sentimientos prevalecen sobre los pensamientos y donde el centro no soy yo sino el Otro.

La palabra clave en este estado es la adaptación. Nos acomodamos al paciente por miedo a que nos deje. Por un lado podemos sentirnos muy conectados al paciente, por otro, poco conectados a nosotros mismos, a nuestro valor, a nuestra capacidad terapéutica. La consecuencia es que la actitud del terapeuta va a ser el intentar complacer al paciente. Esta inseguridad y miedo de perder al paciente junto con nuestra acomodación correlaciona con la estrategia de “**hiperactivación**” propia de los bebés ambivalentes y de los adultos preocupados. Esta estrategia surge de repetidas experiencias de abandono por parte de las figuras de apego y entonces, para compensar debemos hacer nuestra aflicción demasiado visible para que pueda ser ignorada. En esta estrategia nuestra impotencia y vulnerabilidad fomentan la conexión mientras que la fuerza y la autonomía la amenazan. El problema de esta estrategia es que mantiene nuestro sistema de apego permanentemente activado y ello debilita nuestra capacidad de sentirnos seguros y confiar en los demás.

Como terapeutas es un estado que nos limita, aunque por otro lado nos permite resonar con nuestros pacientes y ofrecerles la experiencia de “**sentirse sentidos**” parafraseando a Siegel. Pero tenemos recursos valiosos en este estado:

Contamos con el acceso a nuestras emociones e intuición pero hay dificultad en experimentar un encuadre con sitio para dos, solo hay **espacio para uno**: el paciente. Puede ser difícil tener puntos de vista distintos a los de los pacientes y nuestra capacidad para intervenir puede verse restringida. El terapeuta en este estado tiene dificultad para expresar sus necesidades o deseos. Hay una tendencia a evitar el conflicto que puede llevarle a someterse al paciente.

Como terapeuta, estoy en un estado preocupado si mi self se pierde en el del paciente y pierdo contacto con mi experiencia. Las preguntas que me puedo hacer según Wallin: ¿Que tengo miedo de expresar? ¿Que hay en mí o en el paciente que se relacione con mi miedo e inhibición?

El terapeuta en un estado interno no resuelto

Hay cuatro rasgos que caracterizarían este estado: víctima, perseguidor, salvador y cognitivamente incompetente.

Pese al trabajo terapéutico realizado por cada uno, la mayoría de nosotros terapeutas tenemos todavía elementos presentes de nuestra historia traumática. Según Liotti este estado interno no resuelto de la mente se caracteriza por estos cuatro rasgos: víctima, perseguidor, salvador y cognitivamente incompetente. Podemos tomar el rol de víctimas, ya que al haber estado en el lado receptor del trauma nos podemos experimentar como **víctimas**. Pero también nos podemos identificar con el agresor y entonces vamos a experimentarnos como **perseguidores**. Como hemos experimentado la inversión de roles con las figuras de apego (hacer de padres de nuestros padres), nos podemos experimentar como padres (los bebés desorganizados se convierten en los que cuidan convirtiéndose en niños controladores) y entonces vamos a actuar como **salvadores**. Como víctimas de un trauma tuvimos que recurrir a la disociación para defendernos y por ello podemos experimentarnos como **cognitivamente incompetentes** o confundidos.

Este estado no resuelto en el terapeuta tiene capacidades y vulnerabilidades: la fuerza es la sensibilidad a la experiencia traumática del paciente y el potencial para comprenderlo, la desventaja es la tendencia a quedarse atrapado en uno de los roles: víctima, perseguidor, salvador o cognitivamente incompetente. La situación donde más se activa este estado no resuelto en el terapeuta es con un paciente que esté también en estado no resuelto.

De todos los estados internos, el estado no resuelto es el más difícil de trabajar. Nuestros miedos de ser víctimas o perseguidores pueden ser muy amenazantes. Las amenazas conscientes e inconscientes presentes en este estado dificultan el poder sentir y pensar de una forma coherente. La dirección es reconocer y sentir estos estados ya que se van a manifestar de una manera u otra, reconocida o no, como una influencia en cómo el terapeuta se relaciona con su paciente. Nuestra capacidad de mindfulness y auto-reflexión nos pueden ayudar en este estado. Para Wallin tanto la capacidad reflexiva de la mentalización como la práctica de la atención plena (mindfulness) son herramientas que ayudan a construir una buena relación terapéutica.

En conclusión, creo que la reflexión que nos aporta Wallin acerca de los estados internos en el terapeuta para cada tipo de apego es muy valiosa para nuestra práctica clínica como una herramienta de auto-reflexión para explorar nuestros propios patrones de apego en el rol de terapeutas.

Fina Pla

Jornadas Ibéricas Barcelona Enero 2015

Bibliografía

Bob Hilton Relational Somatic Psychotherapy Collected Essays 2007 Santa Barbara Institute

Helen Resneck-Sannes Neuroscience, Attachment and Love IIBA Journal nº 15 2012

Helen Resneck-Sannes Psychobiology of affects: Implications for a somatic psychotherapy Journal, vol. 13, 2002

Vincenia Schroeter Integrating regulation therapy and Bioenergetic Analysis IIBA Journal nº 24 2014

Vincenia Schroeter Barbara Thomson Bent into shape San Diego 2011

Guy Tonella artículos:

El Sí mismo interactivo Le Corps et l'Analyse 2002 vol. 2

Attachment, Transference and Countertransference PDW Holland 2008

La relación intersubjetiva y la relación analítica: sus diferencias y particularidades Le Corps at l'Analyse 2011

Bob Lewis artículos de su web Bodymindcentral.com

Freud, Reich and Lowen where we come from. A historical overview 2011

Bioenergetics in search of a secure self 2008

Trauma and the body 2000

The trauma of cephalic shock 1998

David J. Wallin El Apego en Psicoterapia Desclée de Brouwer 2012

Artículo: Wounds that must serve as tools: The therapist's attachment history as a source of impasse and inspiration.

Entrevista a David Wallin en Somatic Perspectives in Psychotherapy 2013

