



Clase 8, módulo 2

Capacidad del terapeuta y del cliente para la correulación encarnada: sosteniendo el campo intersubjetivo

Pilar Jennings

• • • •

Transcripción: Olaya Menéndez y Mar Aige. Texto traducido del inglés al español por Olaya Menéndez, revisado y editado por Mar Aige.

• • • •

Pilar Jennings 0:11

Hoy voy a hablar un poco sobre las diferentes formas de trabajar hacia una sensación de alianza. Una oportunidad en la diada terapéutica para realmente tener las condiciones que faciliten la sanación y el trabajo que las personas están aquí para hacer. Compartiré algunas diapositivas. La primera mitad se centrará en el tratamiento de adultos y en trabajar con la teoría de la intersubjetividad como una forma de construir una alianza encarnada con adultos. Luego nos enfocaremos en lo que hemos aprendido sobre cómo hacer eso mediante la investigación con bebés, y la intersubjetividad centrada en bebés y cuidadores.

Pilar Jennings 1:31

Muy bien. Me gusta esta imagen de su santidad teniendo lo que parece una conversación cercana, relajada y encarnada con alguien, ¿verdad? Realmente se puede sentir que están conectando, se puede sentir el campo relacional, y eso será nuestro punto de partida. Algunos estaréis familiarizados con esta noción de alianza terapéutica. Esto es realmente parte del marco, parte de lo que permite que la psicoterapia coja fuerza; hacer lo necesario para que ambas personas, terapeuta y paciente o cliente, sientan que están trabajando juntas para entender el sufrimiento que ha llevado al paciente a la terapia. Luego, con paciencia y curiosidad, comenzar a formular y sumergirse en lo que podría reducir ese sufrimiento.

Por lo tanto, [ara construir esa alianza terapéutica, para que el paciente alcance un estado de relajación y confianza.... lo que noto en esta imagen es que el sofá es terriblemente pequeño para que la paciente realmente se relaje y se recline. Esa era la idea original de Freud: reclinarse y dejarse llevar. Aun así, se puede ver que ella está cómoda en una posición vulnerable, lo cual es un ingrediente clave en la alianza terapéutica: ¿hay sensación de seguridad de base? ¿El paciente siente que está en un entorno que, tanto a nivel físico como, sobre todo, a nivel interpersonal, le va a permitir enfrentarse a un trabajo que probablemente sea desafiante?

Y, además, que le permita afrontar interrupciones necesarias, pero no traumatizantes, para que sea posible revisar y procesar experiencias dolorosas o traumáticas. Para que esto suceda, primero es esencial establecer una sensación de relativa seguridad. Desde la perspectiva psicoterapéutica, necesitamos dinámicas relacionales específicas que sean lo suficientemente consistentes. No tienen que ser perfectas. Ningún terapeuta es perfecto, ni puede ofrecer una seguridad o ajuste absolutos, pero el terapeuta debe ser capaz de brindar una experiencia interpersonal que sea constante y contenedora. Por eso se suele exigir a los terapeutas que estén en su propia terapia o que hayan realizado mucho trabajo personal y sigan comprometidos con su desarrollo, para tener experiencia conteniendo el propio malestar y poder ofrecer apoyo interno. Solo así podremos hacerlo por los demás.

Y aunque existen muchas aproximaciones diferentes a la psicoterapia y numerosas corrientes de pensamiento, en realidad, en todas las tradiciones y linajes, los terapeutas siempre han utilizado tanto su cuerpo como su mente para ofrecer esa contención dentro de un entorno seguro, un espacio de acogida. Simplemente, algunas tradiciones han reflexionado mucho sobre cómo los terapeutas usan su cuerpo, mientras que otras no lo han hecho tanto. Pero siempre lo hacemos, ¿verdad? lo usamos. Y hablaremos de las diversas maneras en que lo hacemos sin ser conscientes de ello, a través del tono de voz, nuestra postura, la forma en que sostenemos nuestro cuerpo, etc.

Pilar Jennings 6:16

Muy bien. Sé que algunos de vosotros ya me habéis oído hablar sobre la teoría y el método de la intersubjetividad, pero para aquellos que sois nuevos en este enfoque terapéutico, la noción de intersubjetividad tiene su origen en la filosofía europea. Por lo tanto, proviene de otro origen cultural, de filósofos como Heidegger, Hegel, Buber, y otros, que básicamente trataban de entender quiénes somos. En particular, querían desentrañar si nuestra subjetividad, nuestra identidad, es algo que surge a partir de la interacción con los demás o si la precede. De toda esta reflexión surgió la pregunta de un millón de dólares: ¿nuestra subjetividad se construye siempre a través de la relación con los otros? Es una pregunta interesante, ¿verdad? ¿Hay algo en nosotros que no esté influido o formado en el contexto de nuestras relaciones? Vamos a reflexionar sobre ello juntos.

Pero para daros una definición simple de intersubjetividad, básicamente es la interacción entre dos personas, ¿de acuerdo? También se puede aplicar a grupos, pero originalmente se concibió como una forma de entender qué sucede cuando dos psiques, dos mentes, se encuentran, ya sea entre terapeuta y paciente, profesor y alumno, en una pareja, amigos, etc. Lo que ocurre es que se crea un campo psicológico constituido por estas dos subjetividades que están constantemente moldeando el campo, su propia experiencia y la del otro. Los filósofos intersubjetivos estaban muy interesados en lo que sucede en ese campo, ¿qué pasa cuando dos mentes se encuentran? Y de

esa investigación surgió una gran curiosidad en los psicoanalistas y psicoterapeutas sobre la vida inconsciente. Cuando dos psiques se encuentran, ¿qué está ocurriendo fuera de la conciencia? ¿Cómo interactúan estas mentes entre sí? ¿Y cómo van conformando la experiencia del otro?

Desde este punto de vista, nuestro sentido del "yo" o incluso la noción del "yo" solo puede entenderse en términos de su relación con los demás. Como resultado, aunque Winnicott, el famoso psiquiatra y psicoanalista británico, precedió a la intersubjetividad como escuela analítica o psicoterapéutica, él acuñó el término "no existe tal cosa como un bebé", por lo que quiso decir que solo existe una pareja de lactancia. No hay un bebé fuera de esa matriz relacional. También dijo que no existe una madre sin el bebé. La única manera de entender su experiencia es comprender cómo se están formando mutuamente. Cada uno, de manera bidireccional, está moldeando la experiencia del otro. Esto es muy budista, ¿verdad? Esa idea de que "inter-somos", o incluso la noción de origen dependiente: todo depende de causas y condiciones.

Pilar Jennings 10:39

Así que, cuando pensamos en esta teoría y tratamiento, originalmente, la escuela intersubjetiva comenzó formalmente en los años 70 y 80, tiene unos 45 años aproximadamente. Y, en un principio, surgió como una expresión de lo que estos profesionales estaban experimentando; simplemente querían dar voz a lo que habían descubierto en su práctica clínica. Además, querían ofrecer una corrección necesaria al énfasis freudiano original en la noción de la mente aislada, ¿verdad?, la mente como algo separado. Los freudianos contemporáneos probablemente dirían: "Mira, la razón por la que Freud enfatizaba que tenemos una psique es porque la psique no estaba bien comprendida". Él estaba tratando de legitimar la idea de que tenemos una interioridad, que la psique es real y que debe ser respetada y trabajada con increíble habilidad, matices y determinación. Pero fue demasiado lejos al sugerir que la psique es tan real que existe como algo aislado. Así que los intersubjetivistas dijeron: "En realidad, nunca podremos entender la psique a menos que entendamos con quién ha estado en relación la psique de una persona". Es imposible conocer a un paciente o a un cliente fuera del contexto de su historia relacional. Esa fue, básicamente, la intención original.

Incluso anteriormente, personas como Bob Staller, Atwood, Bernard Brandchaft y Donna Orange, Winnicott y otros ya sugerían —y esto era muy intersubjetivo— que también necesitábamos esta noción para básicamente restaurar nuestra apreciación por la complejidad de los padres, ¿verdad? Porque, a menudo, cuando lees la literatura, las teorías tienden a ser un poco demasiado simplistas, en el sentido de que las personas sufren por culpa de la madre problemática. A menudo se culpaba a la madre de las dificultades, pero también se podía culpar al padre o a cualquier otra persona que hubiera sido el cuidador. Así que estos profesionales decían que realmente necesitamos hacer esto más complejo, mirar con quién han estado en relación los cuidadores. Y ahora, años después, tenemos mucha información, la transmisión intergeneracional del trauma y la epigenética realmente nos están ayudando a entender esto. Este es el camino hacia la psique: los campos relacionales en los que nos hemos formado.

Pilar Jennings 14:14

Sí. Entonces, en este proceso terapéutico, lo que se enfatiza es lo que está ocurriendo entre el terapeuta y el paciente, ¿verdad? Esa sería la lente a través de la cual vamos a intentar encontrar nuestro camino hacia el mundo del paciente. Apreciando que hay dos personas muy complejas en la sala, el observador y el observado, cada uno con sus propias subjetividades, influyendo el uno sobre el otro. Y, de nuevo, esto sugiere que no existe una verdad objetiva. Hay verdades que son cocreadas y dinámicas, que pueden explorarse cuando tenemos curiosidad sobre lo que está ocurriendo en una relación determinada.

La mayoría de vosotros ya lo sabéis, pero los intersubjetivistas decían que este enfoque en la relación entre el terapeuta y el paciente no es, en absoluto, una invitación a un cotratamiento. Aunque personas como Frandsen querían experimentar y empezar a divulgar más y realmente introducir más mutualidad en el proceso, con el tiempo, incluso Frandsen se dio cuenta rápidamente de que existe una asimetría necesaria, ¿verdad?, el tratamiento es para el paciente. Solo que se alentaba a los profesionales a apreciar que estaban trayendo su propia psique a la sala, lo que va a influir en la experiencia del paciente, desafiando la noción de que es posible conocer a alguien objetivamente o identificar lo que necesita, ¿verdad? Siempre está cambiando, siempre en movimiento.

Sí. Vale, entonces surge un tema, ¿verdad?, que la subjetividad y la intersubjetividad están inherentemente relacionadas. No existe un sujeto fuera del campo intersubjetivo. Y lo que este grupo original quería hacer era realmente tratar de entender y mapear cuáles son los ingredientes, cuáles son los ingredientes interpersonales e intersubjetivos que nos ayudan a sentirnos reconocidos en una relación. ¿Cómo se ve eso al principio de la vida? ¿Y cómo se vería más adelante si alguien no tuvo esas experiencias?

Pilar Jennings 17:18

Otra manera de decir esto es: ¿cómo podemos encontrarnos a nosotros mismos a través de sentirnos encontrados por otro? ¿Realmente necesitamos sentir que otro nos encuentra para sentir que tenemos subjetividad? Sí. Así que, como un pequeño desafío budista, o un paréntesis; no es realmente un desafío como tal, solamente algo en lo que he pensado porque el trabajo de los teóricos de la intersubjetividad resuena mucho conmigo y con mi experiencia clínica.

Pero he conocido a algunos terapeutas a quienes describiría como místicos, quienes igual que el Buda Shakyamuni, podrían preguntar: ¿es todo lo que somos un producto del campo relacional? Porque Buda diría: ¿qué pasa con nuestra naturaleza búdica? ¿Dónde queda la agencia del sujeto? ¿Qué es lo que estamos aportando a la relación? Es una pregunta interesante para reflexionar y ver qué suscita en vosotros y en vuestro trabajo.

Pilar Jennings 18:45

Muy bien, entonces el método para trabajar con este enfoque intersubjetivo es realmente la empatía. Y la primera persona en pensar y escribir sobre la importancia de la empatía, y también sobre su complejidad, fue Heinz Kohut. Kohut era un psicólogo del self, y precedió a la escuela intersubjetiva, pero fue consciente, a través de su propia experiencia clínica, de que necesitaba encontrar la manera de entrar en el mundo del paciente, para que el paciente realmente sintiera que finalmente podía ser visto tal y como es, auténticamente. El agente principal de ese proceso

era lo que él llamó la introspección vicaria, es decir, intentar ponerse en la piel del otro, meterse en la mente del otro. Sí. Y dejar que la mente del otro realmente influya en el terapeuta. Christopher Bollas, que es un clínico interesante y un maravilloso escritor, dijo: “necesitamos la disposición a sentirnos situacionalmente incómodos”. Era algo así.

Y Chris, lo que estabas describiendo es un ejemplo, ¿verdad? A veces, cuando realmente estamos presentes, podemos sentirnos arrastrados hacia algo muy perturbador. Pero, de alguna manera, eso es una gran señal de disposición a abrir la mente y el corazón y encontrar el camino hacia la experiencia del paciente. Sí. Y haríamos eso con mucha humildad, ¿verdad? porque lo que ocurre entre un paciente y un terapeuta es fundamentalmente diferente de lo que ocurriría entre ese mismo paciente y otro terapeuta. Así que ahí está la humildad de la visión intersubjetiva, de que realmente nos estamos cocreando mutuamente. Vamos a intentar descentrarnos cuando podamos, para simplemente observar e imaginar qué está ocurriendo internamente en el paciente, y también apreciar cómo podríamos estar cocreando dinámicas que podrían reflejar dinámicas anteriores que el paciente está ahí para resolver. O que podrían ser un artefacto de lo que está ocurriendo en el campo entre ese terapeuta y ese paciente.

Los intersubjetivistas dirían que nuestro trabajo es básicamente un esfuerzo arduo y humilde por intentar descubrir con quién estamos trabajando, y que la empatía va a ser el método principal para transmitir que todo lo que se siente, todo lo que se ha experimentado, puede expresarse de manera segura, ¿verdad? Que lo que sea que el paciente esté sufriendo no es demasiado para que el terapeuta lo sienta o lo entienda.

Y, por supuesto, a veces no es así. Quiero decir, ya he compartido con algunos de vosotros en clases anteriores que tengo mucha experiencia de mis primeros años de trabajo clínico, donde realmente forcejeaba cuando recibía explosiones de ira o agresión fuerte. Sentía que me congelaba, me disociaba un poco o me volvía demasiado teórica porque me daba miedo, sentía miedo. Así que eso requería trabajo, ¿verdad?, seguir explorando qué había en ese miedo. Y, con el tiempo, noté que había un poco más de facilidad con las erupciones afectivas que eran algo ajenas a mí, simplemente porque no eran una parte central de mi historia, y en ocasiones, activaban aspectos de mi propia historia. Pero la idea es que si el terapeuta es muy empático, está transmitiendo que ambos podemos pensar en esto, que no es demasiado para que lo sostengamos en nuestra mente. Básicamente, se está construyendo lo que los clínicos llamarían una función reflexiva, pero también se refuerza para el paciente la confianza en su experiencia y en su perspectiva. Esto es extremadamente importante.

Pilar Jennings 24:10

Porque, a menudo, lo que mantiene vivo el sufrimiento, especialmente el temprano, es una convicción de que el paciente lo ha interpretado mal, que sus sentimientos no están justificados, que su comprensión, su percepción, está equivocada. Y esto puede suceder fácilmente si los cuidadores no son capaces de confirmar, reflejar o hacer de espejo. A menudo, el paciente se queda solo con su propia experiencia, lo que genera muchas dudas, a menudo es un tipo de duda corrosiva. Así que la empatía no se trata tanto de la compasión, sino más bien de transmitir que ambos podemos estar aquí, ¿verdad? Podemos dar y recibir y compartir estas experiencias que surgen, lo que los intersubjetivistas llamarían interafectividad, es decir, estados afectivos compartidos mutuamente.

Y cuanto más se ofrezca esa experiencia, más podrá el paciente descansar en su experiencia auténtica. Parte de la razón por la que esto se enfatiza tanto es que llegamos a conocernos principalmente a través de cómo responden a nosotros, y sobre todo, a cómo responden a nuestros sentimientos, ¿verdad? Así es como se construye el yo o incluso la experiencia del yo y la narrativa del yo. Y cuando nos enfocamos en los bebés, esto se vuelve aún más evidente, ¿verdad? Pero necesitamos a otro, y especialmente a otro que esté sintonizado, alguien que pueda sentir las emociones junto con el paciente, para que el paciente empiece a sentirse un poco más integrado, un poco más cohesivo, más como una persona viable. Algo en lo que los terapeutas intersubjetivos pensarían es si el paciente rechaza o niega ciertos sentimientos o respuestas y por qué lo hace, ¿verdad? A menudo, es porque acceder a esos sentimientos en la primera infancia pudo haber amenazado un vínculo necesario con un padre o cuidador. Eso podría haber inflamado algo que ya era peligroso o haber abrumado al cuidador. Así que nos centraríamos en cómo las personas se relacionan con sus emociones, como una manera de mapear cómo se han formado en el contexto de sus relaciones.

Pilar Jennings 27:34

Muy bien, ahora vamos a pasar a la intersubjetividad informada por la investigación con bebés. Personas como Beatrice Beebe, Lachmann, Lyons-Ruth, entre otros, han hecho grandes esfuerzos para tratar de comprender nuestros orígenes intersubjetivos. Algunos de vosotros quizás estéis familiarizados con el trabajo de Beebe. Ella ha realizado investigaciones realmente notables sobre la relación entre padres e hijos mediante el microanálisis de grabaciones. Junto a su equipo, y ahora con otra generación de clínicos, ha estado analizando dinámicas muy sutiles en el campo intersubjetivo entre el bebé y el cuidador, para entender qué es lo que está ocurriendo fuera de la conciencia que facilita esa sintonización y ese sentimiento de sentirse visto, o, potencialmente, lo obstaculiza.

Estos profesionales sugieren que el origen de nuestra mente, desde el principio, es diádico y dialógico. Incluso los bebés de tan solo 42 horas de vida hacen esfuerzos por imitar las expresiones faciales de la madre, están buscando maneras de estar en un campo de conectividad y sintonización. También descubrieron que todos nuestros enfoques terapéuticos en la adultez tienen su base en nuestros puntos de origen, es decir, que la intersubjetividad comienza en una etapa no verbal, lo que también se describe como presimbólica o implícita. Es realmente interesante. Muchas de las teorías psicoterapéuticas que utilizamos con adultos, que implican mucho simbolismo, mucha reflexión, mucho hablar, provienen de este extraordinario periodo de la vida donde hay vocalización, pero no mucha conversación propiamente dicha. Toda esa interafectividad sucede a través de la interacción encarnada.

Pilar Jennings 30:26

Ellos dirían que la mejor manera de entender la psicoterapia de adultos es explorar nuestros orígenes intersubjetivos. Así que, cuando observamos lo que sucede entre padres y bebés, notamos que hay mucha comunicación que ocurre, generalmente, completamente fuera de la conciencia. Y sucede principalmente a través del rostro, ¿verdad?, mediante las configuraciones faciales, la mirada, pero también la orientación espacial. ¿Dónde está el cuidador en relación con el bebé? Y ahora sabemos, por toda nuestra teoría del apego, que los bebés con apego seguro tienden a tener mucho más contacto físico con el cuidador. El cuidador tiende más a cogerlo si el bebé muestra señales de angustia, por lo que hay más contacto. Pero, por supuesto, el contacto

no siempre es suave y reconfortante, se transmite mucho a través del tacto. También a través de los gestos y, por supuesto, del tono de voz, razón por la cual los padres y cuidadores sintonizados utilizan todo tipo de entonaciones interesantes con los bebés, que podrían sentirse avergonzados si otras personas estuvieran escuchando, porque realmente están tratando de entrar en la experiencia del bebé. Lo hacen de manera natural a través del tono, no a través de frases completas.

Pilar Jennings 32:27

Y así, juegan con el ritmo, juegan con la sincronización dialógica. Todo esto se usa para la regulación mutua, no solo para que el padre o madre regule o ayude al bebé a sentirse regulado, sino como una forma de llevar a la díada a una sintonización, de modo que el bebé también ayude al cuidador a sentirse regulado. Entonces, no sé si podéis ver esta imagen, el bebé y la madre están trabajando juntos, reflejando: "Me emociona estar aquí contigo, eres la persona más adorable del mundo." Cada uno siente eso, ¿verdad? Y la regulación es realmente bidireccional, por eso la sintonización es tan importante. No es solo para uno, es para ambos. Y curiosamente, en todas las investigaciones, el comportamiento del bebé y del cuidador puede predecirse a partir del comportamiento del otro. Sí, los bebés son muy poderosos. Influyen, influyen en los cuidadores. Pero todas estas dinámicas también contribuyen a lo que se conoce como expectativas, ¿verdad? El bebé llega a desarrollar una expectativa de lo que sucederá en cada momento con su cuidador, especialmente con la cara de su cuidador. "Vale, vamos a continuar, qué va a pasar ahora"...

Pilar Jennings 34:19

Parte de lo que los investigadores de la intersubjetividad en bebés estaban explorando era cómo construir esa correulación. Y, básicamente, lo que encontraron, y esto es muy interesante porque también sucede en el tratamiento de adultos, aunque de nuevo, fuera de la conciencia, es que, por un lado, los cuidadores o terapeutas sintonizados intentan ofrecer lo que clínicamente se conoce como "matching/correspondencia", es decir, el proceso de compartir, en este caso, la experiencia del bebé sin cambiar nada. Por eso hay tantas fotos adorables de bebés y cuidadores donde la expresión facial es exactamente la misma, ¿verdad? La madre, o quien esté en la posición de cuidador, intenta reflejar: "Estoy contigo, te veo, y te voy a devolver lo que veo". Lo hacen con el rostro, con la respuesta vocal, con los ritmos de respiración, con la orientación de la cabeza y del cuerpo. Y, curiosamente, también lo hacen con la actividad corporal. Entonces, si el bebé está en un estado tranquilo, somnoliento o pacífico, el cuidador sintonizado también intentará coincidir con eso, entrando en un estado de relajación. Pero si el bebé está juguetón y tiene mucha energía, de nuevo, el cuidador sintonizado intentará igualar eso, utilizando su cuerpo para transmitir esa interafectividad.

Pero, curiosamente, esa es solo una parte de la sintonización. Igualmente, los bebés (y los adultos también, así como los pacientes en tratamiento) necesitan la diferencia, ¿verdad? Necesitan ser reflejados, necesitan ese "match", pero también necesitan algo más que amplíe su capacidad. Una forma en que los padres sintonizados hacen esto es ajustándose a los estados de angustia mientras modulan los modos de regulación. Por ejemplo, si un niño se ha caído y está muy molesto, los padres pueden empezar con un "oh", para transmitir "estoy aquí contigo". Luego pueden añadir un *¿estamos bien?* ofreciendo algo más para que la experiencia de angustia del niño y su capacidad para regularla crezcan. Los terapeutas hacen esto, y los padres también lo hacen, añadiendo ritmo. A veces, las personas llegan al tratamiento tan angustiadas o

traumatizadas que no pueden describir fluidamente lo que están experimentando. Pueden gritar, quedarse en silencio y luego susurrar alguna palabra. Entonces, el terapeuta hábil realmente escucha con atención e intenta darle un poco de ritmo a lo que dice, transmitiendo *estoy contigo, lo que estás diciendo es real, veamos si podemos hacerlo más digerible*. Los padres hacen esto con los bebés todo el tiempo, ¿verdad? También añaden una entonación ascendente al final de una frase, lo cual es realmente importante y muy útil clínicamente como una forma de apertura. Por ejemplo, alguien podría llegar a la terapia sintiéndose increíblemente desesperado. La "correspondencia" sería reflejar algo como *la vida ha sido imposible ¿verdad?*, realmente estar con alguien en su desesperanza.

Pilar Jennings 38:53

Y luego, *es difícil, ¿verdad?, simplemente quedarse con eso, con esa imposibilidad*. Añadir un poco más, incluso solo a través de la entonación: *Ah*. Ahí es donde entra la curiosidad: *¿Cómo es esta imposibilidad?* También lo hacen al enfatizar una palabra en particular o al alargarla. Esto es interesante porque, de nuevo, gran parte de nuestra experiencia afectiva se siente, pero no se mentaliza realmente, no se reflexiona sobre ella. Así que cuando un terapeuta puede hacer una pausa, volver atrás y realmente enfatizar, por ejemplo, *Desesperanza, uf*, está haciendo espacio para ello, no para intensificarlo, sino de alguna manera diciendo: *Hmm, tal vez podamos digerir esto, tal vez haya espacio en nuestra mente para ello*. Esto es muy útil para la regulación de la angustia, pero también para expandir el rango afectivo. Es interesante, estaba pensando en la rabia, porque incluso si alguien está enfadado, si comienza a explorar eso, podría transformarse en humor o juego con el tiempo. *Soy la persona más furiosa, podría matar a mi esposa. No lo haré*. Pero sabes, es para ayudar a que alguien empiece a imaginar que hay más, que hay más aspectos aquí que se pueden explorar.

Muy bien. Brevemente, porque me encantaría escucharlos. Como he mencionado y como habéis estado aprendiendo, el rostro es fundamental en nuestro desarrollo. Está muy ligado a nuestro sentido del yo y nuestra relación con las emociones. Está directamente vinculado con el sentirnos vistos y con ser vistos. Los bebés están ansiosos, hambrientos de mirada facial. Y esto les ayuda a comenzar a construir un sentido de realidad, a construir la sensación de que son reales, porque cuando el bebé ve el rostro del cuidador, se está viendo a sí mismo, ¿verdad? Están viendo a la madre, o la madre les está viendo. Y esto se convierte en una experiencia organizadora crítica para el desarrollo del yo o la identidad del bebé. Y podéis imaginar que si el padre o la madre desvían la mirada con frecuencia, o miran pero con sentimientos difíciles que el bebé aún no puede entender, cómo eso podría integrarse en la narrativa del yo, en la experiencia del yo. Así que los rostros son muy poderosos a la hora de regular el afecto y la excitación, por eso los terapeutas trabajan mucho somáticamente, ¿verdad?

Tendemos a usar bastante el rostro porque intentamos transmitir mucho. Y es arduo. Esta es una de las razones por las que Freud propuso la idea de que los pacientes se reclinaran, porque para él estaba siendo demasiado, quería poder relajarse realmente en la experiencia. Y ahora muchos clínicos contemporáneos también prefieren ese modelo, porque de alguna manera permite tanto al paciente como al terapeuta no preocuparse demasiado por el uso del rostro, ¿verdad? Pueden mirar y conectarse, pero también relajarse.

Pilar Jennings 43:31

Muy bien, el rostro, el yo y el otro. Encontré esta foto y me pareció interesante porque esta niña está trepando a un árbol divertido que parece estar cubierto de luces. Hay mucho por descubrir, pero ella está mirando a la persona que toma la foto, ¿verdad? Y ahora sabemos, gracias a muchas investigaciones, que los niños aprenden qué sentir a partir del rostro del cuidador. Hubo un experimento muy interesante llamado el "experimento del acantilado", donde básicamente colocaban a los bebés sobre una mesa de vidrio. Al final de la mesa, había muchos juguetes divertidos, pero para el bebé parecía que iban a caer por un acantilado. Todos los bebés miraban al cuidador para leer su respuesta, ¿verdad? Y sin excepción, si el cuidador parecía emocionado, no decían nada, solo con las señales faciales, los bebés avanzaban. Si el cuidador parecía ansioso o asustado, los bebés se detenían. Y esta es otra manera de entender cuán relacionales somos, y cómo estamos profundamente inmersos en una experiencia somática de relación.

Hablaré más sobre lenguaje en otro momento, porque eso nos llevaría un buen rato. Pero es otra manera de decir que realmente necesitamos el brillo en los ojos del otro para generar buenos sentimientos sobre nosotros mismos y también entusiasmo por el mundo. La mayoría de nosotros no podemos hacerlo por nuestra cuenta. Por eso necesitamos mentores.

En las primeras etapas de la vida, si no hay suficiente reconocimiento facial, ese reflejo facial, lo que puede suceder con el tiempo es que el niño en desarrollo comience a sentirse como si no fuera del todo real, ¿verdad? Clínicamente, describiríamos esto como despersonalización. No pueden sentir que tienen los pies en la tierra, no pueden encontrarse a sí mismos porque no han podido verse reflejados en la mirada del otro. Esto también puede crear desrealización, como si este niño ya no pudiera sentir que está en contacto con el mundo, como si sus manos no estuvieran tocando el árbol. Así que realmente necesitamos encontrarnos en el rostro del otro, así de encarnados estamos.

Pilar Jennings 46:30

Pensé que podría ser interesante. Si hay tiempo para mostraros, y muchos probablemente ya lo habréis visto, incluso puede que ya os haya mostrado este video en otra clase, pero hay un video famoso llamado "El experimento de la cara inmóvil". Trata sobre la vida emocional del bebé, pero también ejemplifica lo poderoso que es el rostro.

Video 47:15

Estos niños son extremadamente sensibles a las emociones, la reactividad y la interacción social que reciben del mundo que le rodea. Esto es algo que empezamos a estudiar hace 34 años, cuando la gente no creía que los bebés pudieran participar en la interacción social. En este experimento de la "cara inmóvil", lo que hizo la madre fue sentarse y jugar con su bebé, que tenía alrededor de un año de edad. Ella le saluda, y el bebé le devuelve el saludo. El bebé comienza a señalar diferentes lugares del mundo, y la madre intenta involucrarlo y jugar con él. Están trabajando para coordinar sus emociones e intenciones sobre lo que quieren hacer en el mundo. Y eso es a lo que el bebé está acostumbrado.

Luego le pedimos a la madre que no respondiera al bebé. El bebé rápidamente se da cuenta de esto y utiliza todas sus habilidades para tratar de recuperar la atención de la madre. Le sonríe, le señala porque está acostumbrado a que la madre mire hacia donde señala, el bebé levanta ambas manos frente a ella y dice: "¿Qué está pasando?". Hace ese sonido de reclamo hacia la madre como diciendo: "*¡Vamos! ¿Por qué no estamos haciendo nada?*".

Video 49:55

El control de su postura, la experiencia de angustia depresiva. Siempre es... es un poco como "El bueno, el malo y el feo". Lo bueno es todo lo normal que sucede y que todos hacemos con nuestros hijos. Lo malo es cuando ocurre algo malo, pero el bebé puede superarlo. Después de todo, cuando se detiene la "cara inmóvil", la madre y el bebé vuelven a jugar. Lo feo es cuando no se le da al niño ninguna oportunidad de volver a lo bueno, no hay reparación y se quedan atrapados en esa situación tan desagradable.

Pilar Jennings 50:52

Bueno, suceden muchas cosas en este corto video, ¿verdad? Es decir, ciertamente estáis viendo un ejemplo al principio de un bebé con apego seguro que claramente ha disfrutado de esa interactividad interna, por eso el bebé señala: sabe que su madre puede sostener en su mente lo que el bebé está sintiendo, aunque aún no lo pueda articular. Y luego, lo único que hace la madre es mantener una expresión facial neutra. No grita, no se tensa. No es violenta. Simplemente deja de expresar a través de su rostro que puede ver lo que el bebé está experimentando, ¿verdad? Y es útil considerar que, a veces, las personas sufren de manera aguda, no porque hayan sido dañadas de manera abierta o violenta, sino porque perdieron esa conexión con algún cuidador que, por alguna razón, estaban presentes y luego se alejaron. Pero la sensación de ser amado tiene un impacto profundamente significativo.

Sí. Así que, para terminar, me encantaría escucharlos. Dado todo lo que estamos hablando, veamos, solo quería tocar brevemente las implicaciones para el trabajo remoto. Por eso tenía curiosidad cuando Janina estuvo con nosotros, quería que los terapeutas me dijerais, ¿cómo estamos reflexionando sobre el impacto en nuestro trabajo? Vamos a seguir aprendiendo durante muchos años. No tengo respuestas, pero quizás algunas preguntas, ¿verdad? ¿Cómo podemos mantener una presencia encarnada e invitar a una participación más completa del paciente cuando trabajamos de forma remota? Una manera de hacerlo es notar si los pacientes están leyendo el rostro del terapeuta, porque algunas personas con impedimentos en su desarrollo o traumas aprenden desde temprano a leer los rostros de manera vigilante, en lugar de poder relajarse y disfrutar, e incluso usar el rostro del otro.

Esta es una de las razones por las que algunos clínicos aprecian el valor de que el paciente se recline, para que de alguna manera puedan tener una experiencia íntima con otra persona sin estar leyendo las señales faciales. Y tal vez también pensar, ¿hay demasiado cara a cara? ¿Podría haber una sobreestimulación y afectar la calidad de la interacción cara a cara cuando trabajamos de manera remota? Porque los bebés y padres que están sintonizados naturalmente hacen pausas, apartan la mirada, se toman tiempo para relajarse realmente en presencia del otro. Pero en nuestro mundo de Zoom y FaceTime, me pregunto si es algo que deberíamos considerar, para

que realmente podamos ayudar a nuestros pacientes a trabajar de forma remota y a poder relajarse y participar de manera más completa.

Sí, hay diferentes maneras de abordar esto, ¿verdad? Tal vez sentándonos más lejos de nuestros dispositivos o, de vez en cuando, haciendo sesiones por teléfono, invitando a las personas a desviar la mirada siempre que lo necesiten o lo deseen. Y simplemente manteniendo la curiosidad, ¿verdad? ¿Son capaces tanto el paciente como el terapeuta de sentir la presencia encarnada del otro cuando trabajamos de forma remota? Estoy segura de que a veces sí es así. Y si no, ¿cómo podría el contacto intermitente apoyar el tratamiento? Si es posible, estas no son tanto sugerencias como curiosidad. ¿Hay pacientes que pueden manejar muy bien el trabajo remoto y otros que podrían necesitar tratamiento en persona? Estas son preguntas que seguiremos explorando y tratando de entender.

Y tal vez, por último, ¿hay nuevas formas en las que podamos fomentar la seguridad y la confianza cuando trabajamos de manera remota? Seguramente habrá muchas maneras de hacerlo. Algunas que me vienen a la mente son la posibilidad de trabajar de manera constante desde el mismo espacio, para que estemos construyendo un marco como lo hacíamos antes de la COVID. Las personas básicamente saben lo que van a ver y cómo será ese entorno. Pero también invitar a los pacientes a trabajar desde un lugar que, si es consistente, perfecto, pero al menos que les ofrezca privacidad y contención, ¿verdad? Porque creo que esta noción de correulación encarnada ha sido desafiada por la COVID, con cada vez más personas realizando sus sesiones de terapia desde el parque, desde Starbucks, desde el autobús o el taxi. Y puede ser difícil tener las condiciones necesarias para hacer un trabajo profundo. Y tal vez, por último, preguntar regularmente: *¿Cómo está yendo esto? ¿Cómo te sientes? ¿Qué está funcionando y qué no? ¿Sientes que estamos avanzando? ¿Te sientes visto?* Y si no, *¿qué podríamos hacer al respecto?*

Me encantaría escucharos, ver qué os está despertando esto, si tenéis preguntas, reflexiones.

Chris (estudiante) 58:24

Gracias. Con respecto al tema de ayudar a los pacientes a ser más conscientes de los sentimientos que han rechazado, ya sea por las razones que les dieron o por las creencias que tienen desde la infancia, como que no se supone que deben estar enfadados o tristes, o que cualquiera de esos sentimientos es demasiado dañino para el padre o la madre. Por un lado, está lo intelectual, como que pueden llegar a esa comprensión, y fue útil, como decía el artículo, darse cuenta de que *mamá no puede tolerar eso, así que no lo muestro*. Más allá de esa comprensión intelectual de que por eso se apagan ciertos sentimientos, ¿cómo volvemos a traer esos sentimientos de nuevo a la superficie?

Pilar Jennings 59:39

Gracias, Chris. De alguna manera, por eso los analistas intersubjetivos y relacionales utilizan la relación como el vehículo principal para la sanación, para que el paciente pueda tener una nueva experiencia con el terapeuta si está enfadado, y sentir que el terapeuta puede manejarlo, mantenerse curioso, trabajar con ello y modularlo. O si el paciente tiene actitud suicida o está desesperado, para quedarse presente y transmitir que esto no es demasiado tóxico, ¿verdad? No es demasiado tóxico para la diada, y no es demasiado tóxico para la persona. Esta es una de las razones por las que es importante transmitir realmente la profundidad de lo que se siente, para

que la persona se sienta acompañada una y otra vez. Pero luego hay que ofrecer algo más, y aquí es donde la diferencia se vuelve importante, ¿verdad? Porque generalmente necesitan ambas cosas: la oportunidad de sentir que lo que sea que está ahí puede expresarse de manera segura, y que eso no tiene la última palabra. Que no van a ser devorados por la desesperación o consumidos por la ira, que probablemente sea el miedo inconsciente si han estado en relación con alguien que no podía tolerarlo.

Chris 1:01:19

¿Cómo es eso, hasta qué punto pueden reprimirlo? No sé si hay una respuesta clara, si es posible realmente responder a esto, pero ¿podría estar tan fuera de su conciencia que sea casi imposible acceder a ello? ¿Qué estamos haciendo cuando no nos permitimos sentir tristeza o contenemos las lágrimas?

Pilar Jennings 1:02:09

Sí, puede ser un proceso muy lento si las defensas están profundamente arraigadas y son poderosas para evitar el acceso directo a ciertos sentimientos, porque las defensas ocuparán la mayor parte del espacio y del trabajo. Así que los clínicos primero explorarían empáticamente la defensa, y simplemente notarían: *"sí, fue un momento aterrador cuando pregunté sobre tu madre, tu esposa, tu hijo, ¿verdad? Puedo ver que quizás ha sido demasiado.* Primero hay que generar conciencia sobre la defensa, ayudar a la persona a vincular la defensa actual con sus orígenes. Ahí es donde entra el análisis, de una manera empática y centrada en el corazón, intentando ayudar a la persona a reflexionar sobre por qué se está defendiendo, pero no de manera intelectual o teórica, solo como una forma de formularlo y luego volver al afecto. Algunas personas pueden estar tan divididas que es muy difícil, muy difícil reconectar con esos sentimientos separados. Debe haber cierta disposición, ¿verdad?, debe haber una parte del paciente que esté dispuesta a hacer el trabajo arduo.

Esa es otra razón por la que la paciencia es realmente útil, ¿verdad? Despacio y con constancia se gana la carrera.

Fiona Brandon 1:04:05

Y tal vez añadiría, Pilar, tú has compartido antes sobre la importancia de, en ciertos momentos, hablar en nombre de la parte que duda en sentir la tristeza o la ira. Ofrecer al paciente algo como: *¿Te parecería bien si hablo con esa parte, o incluso doy voz a esa parte por ti?* Para ayudarles a reconectarse con esa tristeza o esa ira, como si tomáramos ese papel y les permitiéramos acceder a esos sentimientos, y ver que: *Oh, no es algo tan terrible. Mi terapeuta está hablando desde ese lugar en mí, y ayudándome a conectarme.*

Zack (estudiante) 1:05:07

Sí, estoy pensando en el cliente de Chris y en el modelo de trauma que el capítulo describe, que tiene más que ver con la sintonización que con un evento o eventos que sean abrumadores a nivel psíquico, aunque seguramente se crucen. Pero, sabes, esa sensación que Chris está trabajando, y pienso en alguien con quien yo he trabajado, en quien su ira estaba tan disponible, y surgía mucho, pero la sensación era que nunca había tenido ese espacio para compartir las emociones, ordenarlas, darles sentido y sostenerlas, etc., etc. Pero este capítulo realmente parecía describir ese proceso de una manera muy precisa.

Pilar Jennings 1:06:12

Porque, cuando piensas en lo mucho que aprendemos sobre los sentimientos y cuánto tiempo lleva, si tenemos a alguien que está sintonizado con nosotros, aunque sea de manera intermitente, aprendemos a nombrar los sentimientos, y especialmente las sutilezas de esos sentimientos, ¿verdad? Aprendemos a tolerarlos. Aprendemos a expresarlos a los demás. Es un proceso bastante complejo. Y si nada de eso está disponible, lo que tienes al final es afecto crudo que simplemente se sufre, pero no se sostiene en la mente. Así que, retomando el punto de Fiona, los terapeutas van a usar su mente para mostrarte que están sosteniendo esa desesperación. Estoy pensando en un video del psicoterapeuta Chris Germer sobre un paciente suicida. Un clínico hábil no se sentiría demasiado aterrorizado. Se acercaría a esa realidad: *La vida puede ser insoportable*, y mostrarían que no hay nada vergonzoso aquí. *No estás solo, voy a estar contigo y lo vamos a digerir juntos.*

Fiona Brandon 1:07:41

Diría que, para algunos clientes que han dirigido su ira hacia mí o han estado enojados conmigo, me ha resultado muy útil decirles: *"Ah, estás muy enfadado conmigo, lo entiendo. Eso no funcionó, lo siento, fallé en eso. Es muy útil para mí saberlo. ¿Podemos...?"*. De nuevo, es como una experiencia correctiva. Es una experiencia diferente. No les avergoncé, no me puse a la defensiva, simplemente tuve curiosidad. Y, como sabes, eso siempre puede funcionar en diferentes momentos de la terapia, y ha sido algo poderoso. Puedo ver cómo los clientes reaccionan: *¿qué?* Y luego la excitación baja, porque los estoy invitando a decirme exactamente qué no funcionó o qué estaba pasando.

Pilar Jennings

Sí, eso es genial. Es tanto abrir como contener, ¿verdad? Aquí hay mucho espacio para la ira y, gracias a la curiosidad, se maneja de manera más segura. ¿Alguna otra pregunta o comentario?

Jonathan (estudiante) 1:09:11

No estoy seguro, creo que fue en esta serie de lecturas donde había una cita de Terencio: "Nada humano me es ajeno". Mientras hablabas, esa frase me vino a la mente. Me hizo pensar en la responsabilidad de los terapeutas de estar realmente en contacto con su propia vida interior en gran medida, para poderlo aceptar todo, porque nos encontramos en situaciones muy activadoras.

Es una forma muy humana de abordar el tratamiento, realmente me encanta eso. Me encanta la forma en que estas palabras expresan, no recuerdo cómo lo dijiste, esa necesidad de ser encontrados, sentir que necesitamos ser encontrados. Lo siento, sé que te estoy citando mal aquí, pero también dijiste algo sobre ser el brillo en los ojos de alguien más. Es hermoso. Pero es una gran responsabilidad para alguien poder sentarse con todo eso y reconocer en uno mismo que también tenemos esos lugares dentro de nosotros. Esa es mi reflexión.

Pilar Jennings 1:10:40

Muy bonito. Muchas gracias, Jonathan. Sí. ¿Otras ideas o preguntas?

Mary (estudiante) 1:11:06

Esto me lleva de vuelta a cuando estabas hablando sobre el impacto de no encontrarse cara a cara. Mencionaste muchos puntos excelentes sobre lo de estar online, pero me llamó mucho la atención cuando hablaste del rostro como el vínculo directo con los sentimientos y el regreso a las reuniones en persona, lo que se siente maravilloso en algunos casos, pero muchas veces implica el uso de mascarillas. Y, ¿cuánto del rostro está por encima de la nariz? Quería compartir lo difícil que es... Ahora es o una pantalla o solo la mitad de una expresión completa. Y sigo intentando, si alguien tiene algo que compartir sobre cómo han trabajado con esto o cuál ha sido su experiencia, porque realmente echo de menos esa presencia completa.

Pilar Jennings 1:12:22

Sí, muchas gracias, Mary. Es interesante. Cuando tuve mi primera sesión en persona donde ambos llevábamos mascarillas, porque el paciente estaba resfriado. Había estado pidiendo, al retomar sesiones en persona, que todos se hicieran una prueba por la mañana antes de venir a verme, y yo también lo hacía. Si había algún síntoma, nos reuníamos de forma remota. Así que tuve sesiones con personas sin mascarilla, pero con este paciente, creo que debido a la confianza que ya habíamos construido..., al principio fue muy raro porque era mi primera experiencia con un paciente usando mascarilla. Pero luego me di cuenta de que a través de nuestros ojos, de nuestros cuerpos, realmente estábamos encontrando una manera de hablar de cosas que quizás hubieran sido imposibles de abordar sin la mascarilla porque eran demasiado reveladoras. Así que había algo sobre la seguridad de estar juntos, pero al mismo tiempo la ocultación de la mascarilla permitió que surgiera material nuevo.

Sí. Aun así, es un tema interesante. Sí. Tal vez sea útil preguntar al paciente, ¿cómo es para ti estar conmigo mientras llevo una mascarilla? Simplemente para sacarlo a la luz. Sí.

Nathalia (estudiante) 1:14:26

Hola. Solo comentar sobre la pregunta de Mary. A menudo pregunto al cliente si se siente cómodo compartiendo una sonrisa y bajando la mascarilla hasta la barbilla durante unos minutos. Es agradable tener ese tipo de conexión con el nervio vago al compartir una sonrisa.

Pilar Jennings 1:14:57

Genial. Sí, aquí podemos ser creativos para encontrar la mejor manera de resolver esto, ¿verdad?

Fiona Brandon 1:15:06

Sí, algunos de mis clientes hacen terapia desde el trabajo. Y suelo preguntarles: *¿Qué tal hacer terapia desde el trabajo?* Generalmente no están en un espacio abierto, sino en una sala de reuniones o han encontrado un lugar que es bastante privado, pero a veces noto que miran hacia arriba porque alguien ha pasado por la ventana, o algo así. Tengo un par de clientes con los que hemos cambiado el horario para que puedan hacerlo desde casa. Porque hay ser consciente de eso... ¿cómo afecta el entorno laboral cuando tus clientes están asistiendo a la terapia desde el trabajo? ¿Lo están notando, cómo podría estar afectando a su capacidad para abrirse realmente en la terapia desde el trabajo?

Pilar Jennings 1:16:06

Muy contenta de que hayamos tenido este tiempo juntos. Seguiremos con la conversación.