

LA PRESENCIA TERAPEUTICA Y LA BURBUJA CURATIVA EN EL NEUROPROCESAMIENTO¹

Mario C Salvador²

En este artículo vengo a hablar de la relevancia del factor de La presencia del terapeuta en la psicoterapia y su influencia en el proceso de auto-curación. Para ello haré un recorrido sobre la importancia y la huella de nuestros vínculos tempranos, el rol del terapeuta y de la relación terapéutica, la acción de la presencia y su papel en la promoción del reprocesamiento en un modo de mindfulness enfocado como es Brainspotting; acabaré haciendo algunas reflexiones sobre el desarrollo de la presencia en el profesional de la psicoterapia.

DE LO INTERPERSONAL A LO INTRAPERSONAL

Nuestro cerebro es un complejo órgano de gestión de la vida. Como organismos multicelulares necesitamos desarrollar un órgano capaz de coordinar y gestionar la complejidad de los diferentes sistemas especializados que contribuyen a nuestra vida. El ser humano es asimismo el animal mamífero más evolucionado en la especie, capaz de observarse a sí mismo, crear y transformar el medio. De alguna manera la inteligencia nos ha dotado de la capacidad de estudiar el medio y manipularlo. La ciencia y la tecnología han puesto en nuestras manos una herramienta muy sofisticada para transformar la propia naturaleza y la naturaleza en general; esto puede estar hecho para ayudar al crecimiento y el desarrollo o para la destrucción.

Gestionar la vida propia implica la capacidad de gestionar las necesidades propias, siempre cambiantes, y los intercambios con el mundo externo. Así que nuestro cerebro ha de evaluar constantemente, 24 horas al día, el estado del ambiente interno, el estado del ambiente externo y cómo se produce la interacción y el intercambio entre ambos. Como mamíferos este intercambio con el mundo externo nos hace especialmente dependientes de la respuesta de nuestros congéneres. Dependemos unos de otros para regular nuestro mundo interno, muy especialmente en las etapas más tempranas de nuestro desarrollo.

Y la primera y más primordial tarea de nuestro cerebro en la gestión de la vida es ayudarnos a sobrevivir. Todo lo que organiza el cerebro es en función de ayudarnos a adaptarnos al medio para sobrevivir. Venimos al mundo ya equipados con una serie de programas neurobiológicos que son el resultado de la selección a lo largo de miles de millones de años de evolución filogenética de aquellos programas reflejos más

¹ Este artículo fue elaborado de la Conferencia plenaria en el I CONGRESO INTERNACIONAL DE BRAINSPOTTING. Buzios, Brasil. 4-6 de marzo del 2016

² Trainer y Supervisor de Brainspotting, Psicoterapeuta Integrativo Docente y Supervisor, Analista Transaccional Docente y Supervisor Prov.

necesarios para relacionarnos con el mundo al nacer y antes de nacer. Debido a que el ser humano necesita depender de sus cuidadores por más largo tiempo, también es más dependiente y vulnerable a las influencias del entorno exterior y de sus cuidadores en él.

Ya en la vida intrauterina el feto (para algunos investigadores es ya difícil denominar al ser humano en esta etapa con un nombre biológico y le llaman bebé en el útero) desde la vigesimoséptima semana de vida intrauterina se despierta y mueve cuando recibe una información sonora organizada como un fragmento de habla; aumenta las succiones cuando escucha sílabas complejas como BAD/BAG o ante consonantes oclusivas B/P o D/T (Mehler, Bertoncini, Barrière & Jassik-Gerschemfeld, 1978; Aslin & Eimas, 1985)

Uno de los primeros sistemas emocionales primarios, en términos de Panksepp es el sistema de apego. El niño buscará y se orientará hacia el cuerpo de la madre tanto en busca de alimento y nutrición física como de conexión emocional y reconfortamiento, de importancia tan capital como el primero. Para el niño pequeño el apego es una cuestión de supervivencia. Y sabemos que nuestro cerebro tiene un período sensitivo de aprendizaje de los esquemas relacionales en el primer año de vida.

David Grand (2014, 2015) en sus enseñanzas de Brainspotting afirma que en el modelo de recursos para ayudar el reprocesamiento en las personas con traumatización crónica y frágil resiliencia hay dos sistemas:

- a) El instinto de supervivencia que nos mantiene vivos; también podríamos llamarle 'la fuerza vital' o el impulso a luchar por la vida; y
- b) La presencia en sintonía del terapeuta como la experiencia de estar ante alguien significativo que ayuda en la tarea de autocuración, que despierta el sistema del apego y el vínculo con otro ser humano.

Voy a desarrollar estas dos ideas en las páginas que siguen.

Para el recién nacido ambos, el sistema de supervivencia y el del apego, se solapan. Cuando disponemos de cuidadores 'suficientemente buenos', en términos de Winnicott, el cerebro del niño no requiere estar implicado en tareas más exigentes de supervivencia y puede orientar su actividad al crecimiento y la maduración. Cuando el cuidador responde en sintonía al mundo interno y las necesidades del niño, éste recupera su estado de bienestar y homeostasis. Pero si el apego y el vínculo son en sí mismos algo que está en riesgo, se convierten también en un asunto de peligro para la supervivencia. Observemos el comportamiento de los mamíferos en la vida salvaje, de una manera natural sienten su vida en peligro cuando se sienten lejos del radio de acción de su madre. Biológicamente saben que su vida corre peligro y son más vulnerables a los depredadores. Incluso el mamífero terrestre más grande, el elefante, es sólo vulnerable al depredador cuando la cría está fuera del círculo de la manada; entonces el león puede matarlo.

Nuestro cerebro y el sistema nervioso están diseñados para dos tareas principales: la supervivencia o el crecimiento. Y sabemos que una inhibe a la otra. Si nuestro sistema se orienta a la supervivencia, ha de poner en marcha todos los subsistemas implicados en la lucha-huida-congelación-colapso. Y esto paraliza las funciones de crecimiento, que van desde la multiplicación celular, la digestión, el sueño reparador, la sexualidad, la digestión , ... hasta el aprendizaje intelectual y la curación. Todos sabemos esto de manera natural, cuando estamos preocupados o asustados nuestra digestión, el sueño, la sexualidad o el aprendizaje se ven afectados. Y sin embargo, hemos de recordarnos aún hoy en día de la importancia de establecer relaciones seguras y que respondan en sintonía al mundo interno de los otros.

El efecto del trauma a lo largo de la historia del ser humano ha dejado huellas en nuestra neurobiología y también ha dado lugar a muchos mitos en nuestra cultura. No hace tanto tiempo, y aún hoy en algunos países y culturas familiares, se defendía ‘la mano dura y la disciplina física para impulsar el aprendizaje’. Esto es una mentira biológica que aún sostenemos y que no avala como para crecer, madurar y estar sanos necesitamos estar en ambientes seguros y con alguien que nos proteja y nos cuide.

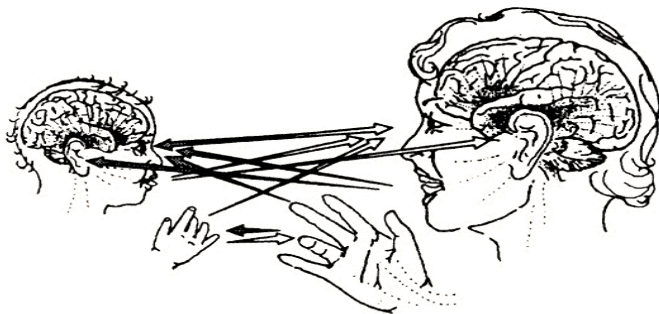


FIGURE 1. Brain-brain interactions during face-to-face communications of proto-conversation, mediated by eye-to-eye orientations, vocalizations, hand gestures, and movements of the arms and head, all acting in coordination to express interpersonal awareness and emotions. Adapted from Aitken & Trevarthen (1993) and used with permission of Cambridge University Press.

En esta figura 1 de Aitken & Trevarthen vemos ilustrado cómo la comunicación entre el cerebro del bebé y el cerebro de la madre se produce a muchos niveles, dando lugar a los esquemas de las protoconversaciones. Es a través de todos los aspectos de la comunicación no verbal y los aspectos prosódicos (entonación y ritmo) de la voz que la madre interviene y calma el mundo interno del niño. El niño, como criatura subcortical, necesita que la madre ponga a su disposición las competencias y habilidades y conocimientos tanto de neocórtex (adquiridos) como de los sistemas emocionales de acción implicados en el cuidado de otros, que están programados en la arquitectura del cerebro subcortical (innatos) y que se ponen en marcha cuando las madres tienen sus crías.

Estamos hablando del aprendizaje y consolidación de nuestra capacidad de regulación emocional; que es el recurso más directamente relacionado con la salud mental en la vida adulta. Como afirma Allan Schore (1994) la regulación emocional empieza siendo “Regulación Biológicamente Interactiva”, la madre actuando como un córtex auxiliar externo, para poder llegar a ser “Autorregulación Biológica Autónoma”, cuando el niño es capaz por sí mismo de identificar, nombrar, calmar y manejar los afectos propios.

La mayoría, sino todos, nuestros pacientes provienen de historias crónicamente traumatizantes. En ellos esta capacidad de regulación emocional está afectada en mayor o menor grado, generalmente debido a la traumatización, la negligencia y el abandono tempranos. En su terapia también el terapeuta ha de actuar como un córtex auxiliar externo que ayuda a sostener la capacidad de autorregulación subcortical del propio paciente. Nuestro cerebro sabe hacerlo si 'se sabe y se siente' en una relación con alguien que está presente y es seguro.

Si observamos la vida animal salvaje los programas de acción del cuidado de otros se repiten en casi todos los congéneres de la especie de una manera funcional y óptima. No obstante, cuando los animales están en cautividad y bajo la influencia humana ya podemos observar comportamientos de las madres que agreden o cuidan inadecuadamente a sus crías. Como afirma Cyrulnik (1989) la cultura humana hizo que la madre fuese una 'mala madre' al interferir en los intercambios con su cría.

"El hombre crea la patología de lo que se apresura a tratar. Y el observador participa en la creación de lo que ha observado. El observador y lo observado son coautores de esa observación" (Cyrulnik, 1989; p 51)

Posteriormente en este artículo volveré a esta idea de cómo el observador afecta lo observado al referirme al principio de incertidumbre en la psicoterapia.

El ser humano bien sea por la influencia de los mitos culturales a los que se ve expuesto, bien a la carga transgeneracional de traumas que han acontecido a sus ancestros, y que no han sido metabolizados pero que se han transferido a los descendientes tanto a través del patrón de apego con los cuidadores primarios como a través de la influencia epigenética, ha distorsionado, a veces gravemente, el sistema natural de apego como base de asentamiento para la organización saludable del sentido del yo. Defiendo que toda traumatización interpersonal conlleva también una traumatización transgeneracional. La madre y el padre ponen en marcha en su parentamiento y estilo de apego tanto su propia historia como la prehistoria de la que provienen; además de las influencias de los mitos del sistema cultural y religioso en el que se han desarrollado.

TRANSMISIÓN EPIGENÉTICA.

En el vínculo con nuestro cuidador primario conformamos nuestro sentido del yo, nuestra adaptación de la personalidad. Y en la historia y trayectoria de nuestros vínculos formamos la huellas de quienes creemos ser. En adelante, reactivaremos estas huellas en los vínculos afectivos importantes en nuestras vidas. En la relación terapéutica se despertarán los programas grabados que contienen nuestra experiencia con los vínculos significativos, por ello la relación terapéutica ha de contener la dosis curativa de aquello que en otras relaciones fue dañino.

Así como en las relaciones intergeneracionales está la historia de nuestro sentido del yo, en las transgeneracionales está nuestra prehistoria, aún influyente. La

transmisión de la historia a través de nuestros progenitores está hoy suficientemente avalada por la investigación epigenética.

La investigación revela que el sistema nervioso del recién nacido y el perfil bioquímico están conformados por el estado mental de la madre durante el embarazo (Field y cols., 2006). Al revisar la literatura científica Field dice:

“los recién nacidos de madres depresivas después muestran un perfil bioquímico/fisiológico que refleja mímicamente el perfil bioquímico/fisiológico prenatal de la madre incluyendo un nivel de cortisol elevado (indicador de estrés), bajos niveles de dopamina y serotonina (químicos de la alegría y el equilibrio), una activación relativamente mayor del EEG frontal derecho y un tono vagal más bajo” (p. 455).

La buena noticia que dan estos investigadores es que el masaje de la madre durante el embarazo y al recién nacido después de nacer puede cambiar este perfil bioquímico. Somos seres relacionales tan pronto como el equipamiento neurológico está disponible. Algunas memorias implícitas se forman asimismo en el útero materno, influidas por la experiencia sentida de la madre acerca del embarazo, su actitud hacia el bebé, y su sentido general de seguridad o peligro en el mundo (Badenoch, 2008).

El bebé y la madre tienen una comunicación privilegiada de inconsciente a inconsciente, del mundo materno del hemisferio cerebral derecho (emocional, inconsciente, intuitivo y corporal) a hemisferio derecho. El niño está dotado de un radar para percibir el inconsciente de su madre, de su padre y el inconsciente de las personas que lo cuidan; Dominique Laborde habla de la capacidad de videncia del bebé y Dumas del niño telépata para aludir a esta capacidad perceptiva. Nuestro cerebro subcortical, nuestro allocortex, puede sintonizarse con los procesos subcorticales de las personas de las que dependemos emocionalmente. Y si llevamos esto al mundo de la psicoterapia, nos encontramos con que de nuevo nuestros pacientes son capaces de acceder a las capas más profundas de su experiencia, aquellas donde está registrada nuestra historia temprana, cuando se sienten en una relación segura y presente. Este cerebro funciona de manera más veloz e intuitiva que nuestro isocortex, y es capaz de captar de manera muy sutil el mundo interno de los otros, pongamos del terapeuta.

El niño que ha vivido y ha sido cuidado en un ambiente negligente, no respondiente a sus necesidades, también es privado del aporte consistente de opioides, oxitocina y prolactina, los químicos que se generan al estar vinculados y que son liberados por una madre atenta y cálida (Panksepp, 1998). Estos opioides además mitigan los sentimientos de ansiedad, rabia y hostilidad bajo condiciones de estrés (Sunderland, 2006). Sin la conexión social el bebé se vuelve emocionalmente ciego, aprende a anesthesiarse y entumecer sus necesidades y emociones, aprende a vivir en un desierto de vacío y soledad, a experimentar como que “no existe” para el otro.

En la relación terapéutica se ha de proveer la oportunidad de ‘despertar’ de nuevo el sistema de involucración social de la persona. El terapeuta presente ofrece la experiencia de alguien que está para el otro y se interesa. En los pacientes que se han

retirado de la relación ésta es una función primordial para colocar al cerebro y el sistema nervioso en un modo de auto-sanación.

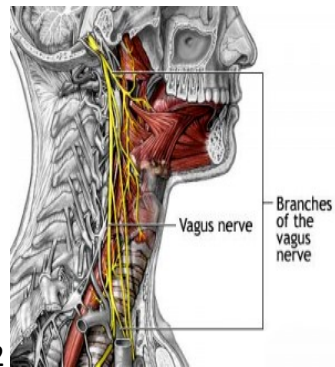


Figura 2 Stephen Porges (2001) en su teoría polivagal desarrolla cómo los mamíferos han evolucionado para ser regulados emocionalmente a través de la relación con los congéneres. El nervio vago (figura 2), que conecta el tallo con las vísceras fuera de la columna vertebral también tiene inervaciones con los músculos de la laringe, faringe, faciales y el oído medio.

Siguiendo su modelo jerárquico y filogenéticamente evolutivo de activación, los mamíferos primero nos regulamos a través del contacto social (rama ventral del vago, específica en los mamíferos), esto es, buscamos la protección y la seguridad que nos ofrece la figura de dependencia. Si esto falla, tratamos de protegernos a través de la activación de los mecanismos activos del sistema nervioso simpático –basado en la lucha-huida. Si todo lo anterior es inefectivo, activamos el sistema más antiguo y primitivo –la respuesta de congelación y colapso–, el parasimpático de inmovilidad que implica la rama dorsal del vago. Pero los mamíferos no podemos mantener esta última defensa por largo tiempo a expensas de desarrollar enfermedades o de ser incluso letal.

La valiosa investigación de Porges demuestra como a medida que los mamíferos evolucionaron, ocurrió algo especial en el vago. Los mamíferos desarrollaron un nuevo vago que atenúa o calma el simpático y los circuitos adrenales para hacerlos capaces de involucrarse socialmente y optimizar los recursos metabólicos que les permiten emplear capacidades cerebrales más sofisticadas. Así que los mamíferos calmamos nuestros estados de alerta en la interacción social.

En esencia, creamos relaciones para sentirnos seguros y mantener la salud facilitando la regulación de nuestra energía. Esta es la necesidad relacional más importante y siempre presente. En la relación terapéutica hemos de construir continuamente esta seguridad para que el paciente vuelva a la relación interpersonal para re-formar su mundo interno.

La investigación de Ed Tronik (1976, 1996) ilustra claramente cómo el niño busca desesperadamente la involucración social, y cómo su organismo reacciona alarmándose para buscar de nuevo el confort que le da la presencia de la madre³. Si la

³ Puede verse en el video: www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0

madre no vuelve, el sistema de supervivencia corre el riesgo de consolidarse como un patrón o manera de estar ante la vida.

Volviendo a Porges y su teoría polivagal, vemos como el vago inerva con los músculos estriados de la cara. Esta área del tallo cerebral controla nuestra habilidad para escuchar a través de los músculos del oído medio, nuestra habilidad para articular a través de los músculos laríngeos-faríngeos, y nuestra habilidad de expresión facial. Si se nos habla con una entonación calmante (aspectos prosódicos de la voz) o si mostramos expresiones faciales calmantes, esta información va al nervio vago. Cuando escuchamos la entonación estamos leyendo el estado fisiológico de la otra persona.

En contextos no amenazantes el sistema de involucración social regula el sistema nervioso simpático, facilita la implicación e interés hacia el entorno y nos ayuda a formar vínculos afectivos positivos y lazos sociales.

La conclusión es que hemos de proveer y crear seguridad en el setting y la relación terapéutica para que las respuestas defensivas de supervivencia puedan aflojarse e involucrar el sistema de interacción social en la regulación de los estados internos. No es solo que no podamos ser creativos o amorosos cuando estamos asustados, tampoco podemos curarnos.

La Teoría Polivagal enfatiza los aspectos fisiológicos de la interacción recíproca, y documenta que los caminos neuronales del apoyo social y la conducta social son compartidos con los caminos neuronales que apoyan la salud, el crecimiento y la curación.

El mensaje principal es que necesitamos comprender que el sistema nervioso humano, al igual que el de otras especies mamíferas, está orientado a la búsqueda de seguridad, y empleamos a los otros para sentirnos seguros.

Nuestro sistema nervioso está evaluando esto a un nivel inconsciente. Stephen Porges emplea el término **neurocepción** *para reconocer que nuestro sistema nervioso, sin consciencia, está evaluando las características de riesgo del ambiente*. Es una percepción neural. Nuestro cuerpo funciona como un polígrafo, está respondiendo y evaluando continuamente a personas y lugares.

Otra conclusión relevante de la teoría polivagal y las inervaciones faciales del nervio vago es que la cara no es únicamente una máscara, en realidad es la manifestación de un sistema neurofisiológico en extremo complejo que evolucionó y que por cierto se conecta de forma directa con la regulación neurológica de nuestras vísceras.

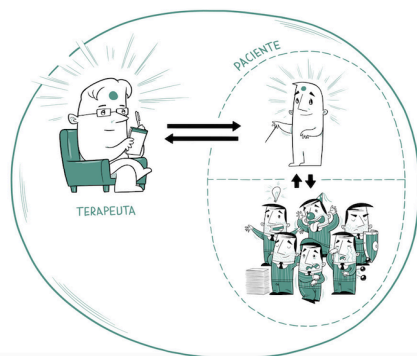
¿Cómo conectamos todo esto con el tema de la naturaleza impulsora de la curación de la presencia del terapeuta?.

Es a través del contacto interpersonal seguro y sintonizado que facilitamos el acceso al contacto interno, facilitando así que el sistema de auto-curación y la integración de la experiencia puedan tener lugar.

Con una actitud presente el terapeuta se coloca como apoyo y sostén de la experiencia del paciente, mostrando interés, compasión amorosa y ausencia de planes ocultos –no otros que un interés genuino en la experiencia del paciente en sí misma- o **preconcepciones** sobre lo que es la experiencia del paciente.

Cuando un paciente se sienta delante de nosotros, viene programado con una manera de situarse en el vínculo con otro ser humano. Va a poner en acción estos programas aprendidos en su relación con el terapeuta, es lo que tradicionalmente en el mundo de la psicoterapia se denomina ‘transferencia’. Pero también el terapeuta está programado por sus propias experiencias antiguas, modernas y corregidas de cómo vincularse a otros seres humanos. La relación es un campo de energías que se interaccionan y se despiertan mutuamente. De ahí la importancia de la capacidad de autoconsciencia del terapeuta, que, siendo consciente tanto de sus procesos internos como de lo que está ocurriendo en la relación puede sintonizar mejor con los fenómenos del mundo interno del paciente.

LA PRESENCIA Y LA SINTONÍA COMO FACTOR DE CURACIÓN: “LA BURBUJA CURATIVA”



En un setting y relación segura y presente creamos el espacio, o lo que a mi me gusta llamar “*la Burbuja Curativa*” (figura #), para que el cerebro del paciente no necesite involucrarse en tareas de supervivencia, nada de que defenderse en el ambiente externo, para así poder mirar hacia dentro de sí mismo y despertar su capacidad de autocuración. Nuestro cerebro está preparado para autoorganizarse y curarse cuando está en un ambiente seguro y cuidado, y más aún, cuando está ante la presencia amorosa y atenta de otro.

Según los investigadores Lambert & Barley (2002) y Lambert & Simon, (2008) el 30% de lo que influye en los resultados de una psicoterapia pueden atribuirse a lo que ellos denominan factores comunes tales como las cualidades del terapeuta (presencia y empatía) y la relación terapéutica. Muchos años de investigación nos confirman que el ingrediente más importante en la terapia efectiva, no importa el paradigma o el modelo de terapia, es la capacidad empática del terapeuta (Hutterer & Liss, 2006).

Y siguiendo de nuevo a Schore (2003b, 2007), lo que el terapeuta hace no son tanto técnicas como una forma de 'estar', ya que el contacto en sintonía de hemisferio derecho a hemisferio derecho es la vía augusta del cambio neurológico.

Como terapeutas hemos de preparar nuestras mentes para sostener la experiencia completa del otro, esto se convierte en el aspecto más importante de la formación de un terapeuta. La consciencia personal y la salud mental del propio terapeuta son ingredientes indispensables de la relación terapéutica (Badenoch, 2008).

La potencia del terapeuta está definida no sólo por sus conocimientos del mundo de la experiencia y la psique, sino esencialmente por su capacidad de estar presente, de saber estar ante las emociones difíciles del paciente, sostenerlas y ayudar al paciente a sostenerlas, poder acogerlas e invitar la escucha de la información y la historia que cuentan.

La Presencia Terapéutica (Geller & Greenberg, 2012) se define como el mantener nuestro ser completo en el encuentro con el paciente, estando completamente en el momento en múltiples niveles: físico, emocional, cognitivo y espiritual. La presencia implica (1) estar completamente en contacto con uno mismo en el momento, a la vez que permanecemos (2) abiertos, receptivos e inmersos en lo que está emergiendo en el momento, con (3) un sentido extenso de espaciosidad y expansión de consciencia y percepción. Esta consciencia arraigada, inmersa y expandida se acompaña de (4) la intención de estar con y para el paciente, al servicio del proceso de sanación.

De una manera parecida a la práctica de la meditación Zen, es sólo cuando nos vaciamos a nosotros mismos, de nuestros conceptos del yo, cuando la claridad cristalina de la naturaleza del ser del otro puede ser realmente vista.

Cuando nos vaciamos de nuestros propios asuntos, de conceptos, juicios y necesidades creamos un espacio limpio interno que puede ser llenado e impactado por la experiencia del otro. Si estamos muy llenos de nosotros mismos y de nuestros conceptos de lo que ocurre y lo que hay que hacer no hay espacio para el otro, no hay curación (Hycner & Jacobs, 1995, pag 49). Aquí llegamos al principio central con el que nos colocamos en presencia en la práctica de Brainspotting (y afirmo que en cualquier psicoterapia que persiga la sanación profunda del sentido del yo), el "Principio de Incertidumbre", elaborado por el físico Werner Heisenberg, que de forma simple afirma que el acto mismo de observar cambia lo que se está observando. Heisenberg demostró que no podemos observar algo sin cambiarlo y que no hay tal cosa como un observador independiente que puede permanecer a un lado observando como la naturaleza discurre sin influenciarla. Y también implica que no es posible observar las cosas "como realmente son"; lo que observamos en el mundo externo está completamente inmerso en nuestras percepciones.

Lo mejor que podemos hacer pues es ofrecer nuestra presencia lo más limpia posible, lo más a-conceptual; el grado más elevado de presencia hacia el otro se da cuando suspendemos los juicios acerca del otro, de las circunstancias, cuando dejamos

de creer que sabemos como han de ser las cosas, o lo que es mejor para el otro, y simplemente permitimos y acogemos al otro y su experiencia tal y como es. Desde aquí creamos un espacio para que la naturaleza divina y espiritual emerjan (Hycner, 1993).

Ron Kurtz (1990), en su libro *Psicoterapia Centrada en el Cuerpo*, apoya lo mismo en su principio de la No-Violencia en la terapia. El dice magistralmente:

“Hay muchos niveles de violencia. Los juicios, planes, consejos, exclusiones de cualquier tipo, la arrogancia de la que hacen gala tantos terapeutas, son todas formas de violencia y cada una de ellas crea defensas en la otra persona. Pero el incluir, el dar poder, y la no-violencia, dan a los demás espacio para hacer lo que quieran y para ser lo que quieran, sin necesidad de cambiar eso. El acceso [a la experiencia profunda] requiere la presencia del terapeuta con este tipo de aceptación y apoyo”.

“Si un terapeuta formula preguntas para obtener más información para sí mismo, muchas veces interrumpiendo al paciente, eso es violencia”.

“Violencia es estar demasiado atrapado en uno mismo y en la agenda propia para llegar a ser realmente curativo para el otro”. (pag. 31 de la edición española digital)

La presencia curativa y amorosa no pretende nada del otro, no necesita nada, pero implica aceptar la experiencia del otro. Cuando queremos cambiar al otro, incluso cuando nos lo justificamos ‘por su bien’, estamos ejerciendo un tipo de violencia. Cualquier acto que implica que ponemos en el otro algo que no es suyo conlleva algún tipo de violencia, que va de más sutil a más evidente.

Cuando deseamos que la experiencia del otro cambie habitualmente promovemos una resistencia sutil a lo que realmente es, a lo que es ahora, a lo que puede llamarse ‘Presencia Incondicional’: la capacidad de encontrar la experiencia de una manera completa y directa, sin haber sido filtrada por los conceptos de lo que debe ser o de un plan de acción.

Si el terapeuta, u otro, necesita ayudar para sentirse competente o impone su idea de lo que significa ayudar bloquea al paciente en la posibilidad de descubrir dentro de su propia experiencia lo que su dolor expresa y lo que necesita o le es útil para llevar una vida más plena y feliz.

Así pues, hay dos factores que facilitan el que el terapeuta pueda estar en una presencia en sintonía con la experiencia del paciente:

- a) El terapeuta debe renunciar a toda intención de cambiar los pensamientos, creencias, sentimientos o conductas del paciente.
- b) La atención del terapeuta debe estar completamente disponible como requisito para ofrecer respuestas de sintonía óptima.

Asimismo, para crear la vivencia de mutualidad, de estar juntos en la tarea, necesitamos disponer de algunos fundamentos internos que apoyen una continua conexión mutua (Badenoch, 2008):

1.- El terapeuta ha de comprometerse profundamente a ir al mundo interno del paciente, no importa lo doloroso que sea. Esto dependerá del nivel de consciencia y curación que el terapeuta tenga de su propio dolor. Si el terapeuta bloquea sus propias áreas de dolor no podrá acompañar el del paciente.

2.- El terapeuta necesita sentirse a gusto facilitando reconfortamiento al paciente. El apoyo y reconfortamiento pueden transmitirse de muchas formas: en la mirada, la postura, el ritmo respiratorio, los ojos húmedos, el tono de voz o simplemente a través de un profundo sentimiento interno de estar, confiar y tener esperanza. Si esto está bien construido, el paciente creará un hogar interno seguro en el que descubrirá su propia verdad, su fuente de auto-confortamiento, nutrición y curación. Denomino a esto el construir '**el vínculo interno**' de uno mismo (El Yo Esencial) con los diferentes aspectos de su experiencia que han construido su sentido del yo (el Yo Experiencial), y que, en última instancia, nos ayudan a reencontrarnos con nuestra más profunda y elevada naturaleza humana.

Presencia implica aprender tanto como sea posible aprender acerca de la psicoterapia y luego dejarlo ir en el encuentro con el paciente.

La curación profunda y la buena terapia consisten en ayudar al paciente a situar su centro de identidad en una dimensión de sí mismo que puede ser un estable proveedor de auto-apoyo, comprensión, bienestar. El sentido del sí mismo ya no dependerá más de cómo otros nos traten coyunturalmente sino que estará basado en un sólido sentido interno de valía.

La cura profunda encaja con las palabras de Stephen Levine (1989)

"... la curación no viene de ser amado sino de ser uno mismo. No es un asunto de estar claro sino de ser claramente uno. Esta cura es simplemente ser uno mismo. Nada que esté separado, nada apartado, nada que limite. Entrar, por momentos, en el reino del ser puro, la puerta se abre, más allá de la vida y de la muerte, nuestra cara original se vuelve hacia nosotros".

3.- Un tercer fundamento esencial es la habilidad del terapeuta de seguir y acompañar los movimientos internos del paciente. El terapeuta ha de 'escuchar' no solo lo que el paciente cuenta en su narración verbal, sino también y fundamentalmente lo que está narrando con todo su cuerpo, en las manifestaciones fisiológicas más sutiles. Esta narrativa corporal y fisiológica es la que cuenta la historia del dolor largamente repudiado, que trató de olvidarse para sobrevivir, pero que lucha incesantemente por salir a la superficie y revelar su verdad a alguien que la acoja y la valide.

La presencia ‘limpia de sí mismo’ del terapeuta prepara una especie de ‘santuario interno’ para recibir la historia de dolor del paciente. Esto promueve una profunda sintonía, la vivencia interna de ser profundamente comprendido, el aflojamiento de las defensas del paciente y la emergencia de material más profundo y más vulnerable, que al salir a la luz puede experimentar la fuerza transformadora de ser expresado y completado y ser recogido tanto por el terapeuta como especialmente por la dimensión del Observador Amoroso del paciente, que yo llamo “El Yo Esencial”.

4.- Por último, el terapeuta ha de abrazar a la persona del paciente en su totalidad, no sólo en sus aspectos cognitivos y emocionales, sino también en su faceta e inquietudes espirituales. Estas inquietudes pueden estar adscritas o no a una religión particular, o simplemente pueden reflejar una búsqueda profunda del sentido y propósito en la vida. En Brainspotting decimos –en palabras de David Grand- que el paciente es la ‘cabeza del cometa’ y el terapeuta la cola que simplemente sigue donde va el cometa; Eric Berne, creador del análisis transaccional, lo expresaba diciendo que el terapeuta ha de ir un paso detrás del paciente y seguirle. Solamente aceptamos y seguimos la experiencia tal como ha sido organizada por el paciente y tal y como necesita ser expresada.

Ofreciendo esta presencia creamos un marco de sintonía relacional que permite al paciente observar su experiencia tal y como viene. Yo llamo a este espacio “la Burbuja Curativa”, en la que la dimensión del Ser Presente del terapeuta (su Yo Esencial) se encuentra y sostiene que el paciente pueda a su vez mantenerse en un estado de presencia sobre su propia experiencia: Su observador interno amoroso y compasivo hacia sí mismo (su Yo Esencial). Desde esta observación sin juicio y en aceptación plena y amorosa el paciente acoge su experiencia, escucha la historia nunca expresada y/o largamente ignorada o repudiada. Desarrolla así un vínculo interno consigo mismo y, de esta manera, puede ‘poseer su experiencia’, en palabras de Janet, y habitarla de nuevo como suya. Es este espacio el que facilita que el cerebro del paciente entre en su modo de auto-curación.

Autores como Winnicott (1965, 1992) emplearon el término de “*ambiente sostenedor*” para describir los detalles del cuidado físico y del ambiente que promueven “la salud mental del niño”. Bion (1962) emplea el término de “*contención*” (containment) para describir como el cuidador primario provee un ambiente psicológico que promueve las capacidades de autorregulación del niño. A través de la ‘contención’ y ‘el ambiente sostenedor’ la madre es capaz de sostener al niño tanto literalmente como en su mente de manera tal que demuestra su reconocimiento de los estados fisiológicos y afectivos y también su habilidad para manejarlos de manera efectiva. Puede tolerar y “estar con” sus estados de desregulación (Schore, 2003a).

La capacidad de mantener la observación de la experiencia interna es lo que previene a los pacientes de desbordarse por el exceso de estimulación de las reacciones traumáticas y desarrollar “coherencia mental” (Siegel, 2006). En la actitud presente, manifestada no verbalmente a través del tono de voz, la postura, la actitud, la serenidad y la aceptación de toda la experiencia del paciente este puede dedicarse a ‘mirar su mundo interno’ para que este pueda transformarse a medida que se expresa

y se completa. El proceso del reprocesamiento de la experiencia suele ocurrir como un arco o campana invertida, a veces aumentará en su activación para en algún momento entrar en la fase de resolución y transformación; podríamos decir que primero la experiencia necesita 'ser contada' tal y como fue para después poder 'ser transformada', re-definida y consolidada con un significado y funcionalidad actualizada.

Al observar la experiencia actual vivida a través del Yo Observador o Yo Esencial, el paciente "tiene" una experiencia en lugar de "ser" la experiencia. La retraumatización se minimiza debido a que el córtex prefrontal permanece "on line" para observar la experiencia interna, inhibiendo así la escalada de la activación subcortical; sabemos que el córtex prefrontal ventromedial (allocórtex) tiene conexiones directas con la amígdala y el cerebro medio y ejerce de manera automática una función de autorregulación cuando está también en la presencia de otro que está en sintonía y presencia.

En Brainspotting no promovemos explícitamente el sentir y expresar la tensión del cuerpo o relajarla; el mindfulness enfocado que proporciona el acceso a la experiencia desde una posición ocular relevante (POR) se orienta a la observación de las tensiones y la historia que contienen y a descubrir más acerca de lo que guardan. La actitud del terapeuta requiere el permanecer desapegado de cualquier agenda o resultado particular y el deseo de tratar y aceptar lo que emerge.

Desde el núcleo de nuestro propio ser —el Yo Esencial— podemos estar profundamente presentes con nuestros pacientes, liberados de toda ansiedad acerca de si lo estamos haciendo bien o sobre quién lleva el control de la terapia o de si el paciente está siguiendo adecuadamente el plan terapéutico pensado. Y los pacientes resuenan a esta presencia como si se tratara de un diapasón que despertara al suyo propio. Es esta profunda, auténtica y leal presencia del terapeuta —sin agenda ni plan— con la que todo paciente ansía poder conectarse.

Concluyo que el recurso por excelencia para el reprocesamiento de la experiencia traumática es la presencia y la sintonía del terapeuta. Ante la genuina compasión del terapeuta este sostiene asimismo un estado de auto-compasión en el paciente, y así la capacidad de autorregulación del cerebro se ajusta por sí misma.

Cuanto más potente es la fuerza de la presencia del terapeuta, más sostenible es el procesamiento y más fácil es para el paciente mantenerse en su propio 'Observador Amoroso' o 'Yo Esencial'.

Afirmo que cuando nuestra capacidad de estar presentes es elevada, menos necesitamos emplear técnicas o intervenciones técnicas. El cerebro subcortical del paciente detecta esta presencia y responde autorregulándose. Esta es otra manera de considerar la capacidad de autocuración. Los pacientes, al percibir que estaremos con ellos durante todo el viaje, están más dispuestos a entrar en sus cápsulas traumáticas y los recuerdos del horror.

En una época de terapias altamente tecnificadas, metodologías seguidas por manuales, protocolos, propaganda farmacéutica y, por supuesto, la atmósfera de servicios a través de aplicaciones informáticas tenemos que volver a recordar y recuperar el potencial sanador que tiene la presencia con apertura de corazón de uno.

EL DESARROLLO DE LA PRESENCIA EN EL TERAPEUTA

La Presencia es algo que podemos y hemos de desarrollar para el 'correcto' ejercicio de nuestra profesión, pero también para mejorar la calidad de nuestras relaciones y nuestras vidas. Para ello me inspiro en algunas enseñanzas del Budismo Interpersonal, éste reconoce tres hambres:

- Por el placer
- Por el ser
- Por el no-desaparecer

El deseo de placer es acompañado por el miedo al dolor. Cuando nos sentamos ante nuestros pacientes con su dolor y sufrimiento, nuestra resonancia con el dolor emerge. Y es a través de este miedo a sentir este dolor que podemos disminuir nuestra capacidad de estar presentes para el paciente. Nuestro instinto de supervivencia nos impulsa, naturalmente, a evitar el dolor. Pero evitando inhibimos la curación, que tiene lugar cuando tratamos el dolor y su causa con cuidado y compasión.

El hambre de 'ser' se acompaña del miedo a la invisibilidad. La propia necesidad del terapeuta de 'ser visto y reconocido' como potente y ayudador crea un obstáculo en la capacidad de ponerse uno mismo a un lado y estar ahí de manera completa y plena para el paciente. Esto puede también manifestarse en el ofrecimiento de intervenciones o técnicas que no surgen de la experiencia presente del paciente, sino que reflejan la necesidad más sutil del terapeuta de mostrarse competente o sentir que él está aportando algo diferente y significativo.

El hambre de no-desaparecer, o necesidad de escapar, está determinada por el miedo a la intimidad o el compromiso. La cercanía que la presencia terapéutica exige puede asustar al terapeuta, particularmente si éste no tiene un sentido interno de estabilidad y enraizamiento. El terror de perder lo que somos puede impedir el abrirse con receptividad al paciente (Geller and Greenberg, 2012).

Cuando podemos dejar ir esta ansia por el placer y el reconocimiento y no nos encogemos por el compromiso con el otro, la presencia, la sabiduría y la compasión pueden emerger de manera natural.

La buena terapia implica el haber aprendido tanto como se pueda para después despojarse de ello en el encuentro con el otro. Lo que esto quiere decir es que nuestros conocimientos sobre las dinámicas, el cómo se organiza la experiencia y todas las teorías quedan apartadas para dar el primer plano al encuentro con el otro, a conocer su experiencia.

Tampoco esto es nuevo; Jung lo afirmaba elegantemente cuando decía: “Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana”.

Un aspecto central de la presencia es pues la ‘aceptación radical’ de todo tal y como es. Toda nuestra experiencia, no importa lo difícil y desagradable que sea, necesita ser respetada y escuchada en una atmósfera de mirada compasiva del que la experimenta y de quien le acompaña. Es en esta “burbuja curativa” cuando el cerebro subcortical que ya no tiene que encargarse de la supervivencia al no percibir al otro –al terapeuta- como alguien potencialmente peligroso o amenazante, puede simplemente sostener la calma –se ha despertado la activación parasimpática social en términos de Porges y la capacidad de autorregulación allocortical- y la mirada introspectiva curiosa y respetuosa que facilita las capacidades de auto-curación del cerebro.

La presencia también ha de reflejar la actitud de ‘no saber’ –principio de incertidumbre-, que conlleva las cualidades de la curiosidad, la apertura a lo que el otro es, interés y compasión. De esta manera puede promover en el paciente la actitud de estar dispuesto a conectar con los aspectos dolorosos de sí mismo, a entrar en sí mismo, en su interior, y mirar aquello que no puede mirar sólo.

Se promueve así una relación interna auto-aceptadora –un vínculo interno amoroso-, una manera de “ser” que crea un nuevo diálogo con uno mismo entre un Yo Esencial y un Yo que Experimenta y revela su experiencia ante una presencia amorosa y curativa (una manera de Yo-Tú en términos de Buber, pero ahora de Uno con Uno Mismo)

Encontrarse con alguien cara a cara, corazón con corazón, mente con mente, esencia con esencia con apertura, espaciosidad, no juicio y reflexión compasiva afecta y cambia tanto a la persona que encuentra al otro como a la persona que es encontrada. Es algo a nivel relacional y espiritual, un contacto con una consciencia superior, una expansión de la capacidad de la mente y el corazón que se acerca a una dimensión sutil y que emana de la presencia profunda de alguien.

Cultivar la presencia conlleva una práctica de vida, es la habilidad más potente de un terapeuta. Para nosotros, terapeutas, es un camino obligado. Una vez más, me inspiro en las enseñanzas budistas como camino para esta práctica. En el budismo la manera de eliminar el sufrimiento apegado al ego propio se alcanza a través del ‘óctuplo camino’. El noble camino óctuplo, adaptado por Germer, Siegel y Fulton (2005) se organiza en torno a tres categorías: sabiduría, conducta ética y entrenamiento de la mente. Es como sigue:

- Sabiduría:

- a) **La Visión Correcta**, que incluye la consciencia y el ver las cosas tal como son, sin juicios, pretensiones o preconcepciones.

- b) **La Intención Correcta.** Se refiere a la intención de que nuestra acción, habla y conducta contenga lo mejor y el más elevado interés por el respeto y bienestar de uno mismo y de los demás.

- Conducta ética:

- c) **El Hablar Correcto.** Es ser conscientes de que lo que decimos, las palabras y el tono reflejen el Ser verdadero, compasivo, amable, no-egoico, respetuoso y al servicio de la curación y no del daño.
- d) **El Actuar Correcto.** Se refiere a que nuestra vida refleje los preceptos éticos, que incluyen no matar, no robar, no mentir o conductas sexuales malignas o el ser indulgentes con la ingesta de tóxicos.
- e) **El Medio de Vida Correcto.** Implica el elegir una profesión y estilo de vida en sintonía con los principios éticos.

- Entrenamiento de la mente:

- f) **El Esfuerzo Correcto.** Refleja el esfuerzo por desarrollar una vida interna y mental íntegra, que incluye el cultivar estados de mindfulness (atención plena) y la eliminación deliberada de los pensamientos y las actitudes dañinas o no conscientes.
- g) **Consciencia del momento (mindfulness) Correcta.** Implica el fundamentar una práctica de atención (con el cuerpo, los sentimientos, la mente) que conlleva el ser cuidadosos y atentos a lo que emerge en nuestros procesos internos e interpersonales.
- h) **La Concentración Correcta.** Incluye la práctica intencional de tiempo en tiempo de cultivar el desarrollo mental y las cualidades de la presencia. Incluye la práctica de la meditación.

El terapeuta ha de ayudar al paciente a sostener su experiencia. Y la mejor forma de hacerlo es mantenerse en su propio estado de presencia. Esta dimensión de la consciencia y esta actitud en 'el estar' promueve asimismo que el paciente pueda mantener su diferenciación entre un Yo que Observa (Yo Esencial) y un Yo que Experimenta y expresa. Daniel Siegel (2007) acuñó el término *Mindsight* para describir el empleo de la presencia en psicoterapia como:

“La capacidad que comporta la habilidad intrapersonal e interpersonal de ver nuestro mundo interno y el de otros y orientarlo hacia la curación. Es más que un estado de consciencia interna –insight- y más que la consciencia del otro (empatía). Es una habilidad, complementaria y que es aumentada por la habilidad del mindfulness, que permite a la persona enfocarse profundamente en el mundo interno de uno mismo y del otro y orientarlo hacia la salud e integración.”

Quiero acabar este artículo con una cita del Tao Te Ching que condensa lo que he querido transmitir hasta aquí y que me parece esencial con el Brainspotting y en toda psicoterapia profunda:

***“El maestro controla sin autoridad,
Y enseña sin palabras;
Él deja que todas las cosas asciendan y caigan,
Nutre, pero no interfiere,
Da sin pedir,
Y está satisfecho.
Alcanza un estado de inacción
Tal que sin hacer nada, nada queda sin hacer”.***

BIBLIOGRAFIA

- Aslin, D & Eimas, D. (1985). La perception de la parole par les nourrissons. *Pour la science*. March
- Badenoch, B. (2008). Being a Brain-wise therapist. A practical guide to interpersonal neurobiology. W. W. Norton & Company: New York.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- Cyrulnik, B. (1989/2005) . *Bajo el signo del vínculo*. Ed. Gedisa, Barcelona
- Field, T., Diego, M. & Hernández-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn: A review. *Infant Behavior and Development*, 29 (3), 445-455.
- Germer, Siegel y Fulton (2005)
- Geller, S.M. & Greenberg, L.S. (2012). *Therapeutic Presence. A Mindful approach to effective therapy*. Published by American Psychological Association: Washington.
- Grand, D. (2014). *Brainspotting. La técnica revolucionaria que logra un cambio rápido y efectivo*. Ed. Sirio: Málaga.
- Grand, D. (2015). Taller de Formación de Brainspotting Fase 3. Barcelona, diciembre.
- Hutterer, J. & Liss, M. (2006). Cognitive development, memory, trauma, treatment: An integration of psychoanalytic and behavioral Concepts in Light of current neuroscience research. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatric Annals*, 374, 236-241.
- Hycner, R. (1993). *Between person and person: towards a dialogical psychotherapy*. New York, NY: Gestalt Journal Press.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in gestalt therapy: A dialogical/self psychology approach*. New York, NY: Gestalt Journal Press.
- Kurtz, R. (1990). *Body-centered psychotherapy: The Hakomi Method*. Mendicino: LifeRhythm.

- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002). *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.17-32). New York, NY: Oxford University Press.
- Lambert, M.J. & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: Central and Essentials in psychotherapy outcome. In S.F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and therapeutic relationship* (pp. 19-33). New York, NY: Guilford Press.
- Levine, S. (1989). *Healing Into Life and Death*. Anchor Books. (edición en castellano: Sanar en la vida y en la muerte. Ed. Los libros del comienzo, 1996)
- Mehler, J. , Bertoncini, J., Barrière, M. & Jassik-Gerschemfeld, D. (1978). Infant recognition of Mother's voice. *Perception*, nº 7, pp 491-497
- Panksepp, J. (1998a). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123-146.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. New York: Erlbaum
- Schore, A. (2003ª). *Affect Regulation and disorders of the self*. New York: Norton.
- Schore, A. (2007). *The science of the art of psychotherapy*. Paper presented at conference. Los Angeles, CA.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain*. Norton & Company. New York. London. (Edición en castellano: *Cerebro y Mindfulness. La reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar*. Ed. Paidós, Barcelona, 2010)
- Tronick, E., Adamson, L.B., Als, H., & Brazelton, T.B. (1975, April). Infant emotions in normal and pertubated interactions. *Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development*, Denver, CO.
- Tronik, E.Z. & Weinberg, M.K. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face. *Child Development*, 67, 905-914
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D.W. (1992) *The Family and Individual*. London, Routledge.