



Richard G. Erskine

EBMA 2018

Subject Area/Area of Contribution:

Comparison and integration of transactional analysis with other theories and approaches
"Experiencia Inconsciente, Patrones de Apego, e Investigación Neuro-psicológica en la Psicoterapia de los Guiones de Vida".

Cited Works:

- 1.- Psicoterapia de la Experiencia Inconsciente.
- 2.- Guiones de Vida y Patrones de Apego: Integración teórica e implicación terapéutica.
- 3.- **Guiones de Vida: patrones relacionales inconscientes e implicación psicoterapéutica.**

Guiones de Vida: patrones relacionales inconscientes e implicación psicoterapéutica

Richard G. Erskine

Traducción: Ángela Pérez Burgos
Revisión técnica: Amaia Mauriz-Etxabe

Los guiones de vida son una compleja serie de patrones relacionales inconscientes basados en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas, decisiones explícitas y/o introyecciones autorreguladoras adoptadas bajo estrés, en cualquier etapa del desarrollo evolutivo, que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud y en la relación con otras personas (Erskine 1980).

Los guiones son desarrollados con frecuencia por infantes, niños pequeños, adolescentes e incluso adultos, como medio para afrontar las interrupciones en las relaciones de dependencia significativas que repetidamente no lograron satisfacer las necesidades básicas cruciales en el desarrollo. Estos patrones inconscientes del guión probablemente han sido formulados, reforzados y elaborados durante

una serie de etapas evolutivas, como resultado de repetidas rupturas en las relaciones con las personas significativas. Los Guiones de Vida son el resultado de fallos acumulativos en las relaciones de dependencia relevantes. Tales Guiones de Vida son sistemas inconscientes de organización psicológica y de autorregulación, formados principalmente por memoria implícita (Erskine 2008; Fosshage 2005) y expresados a través de malestares fisiológicos, de escaladas o minimizaciones del afecto y de las transferencias que se producen en la vida cotidiana.

Estos patrones relacionales inconscientes, esquemas o planes de vida influyen a las reacciones y expectativas que definen para nosotros la clase de mundo en el que vivimos, la persona que somos y la calidad de las relaciones interpersonales que mantendremos con otros. Codificado fisiológicamente en los tejidos corporales y en los procesos bioquímicos, afectivamente como estimulación cerebral sub-cortical, y cognitivamente en forma de creencias, actitudes y valores, estas respuestas constituyen un proyecto que guía la forma de vivir nuestras vidas. Dichos guiones incluyen una compleja red de circuitos neuronales formada por pensamientos, afectos, reacciones bioquímicas y fisiológicas, fantasías, patrones relacionales y el importante proceso de autorregulación homeostática del organismo. Los guiones moldeados por reacciones de supervivencia fisiológica, conclusiones experienciales implícitas, fallos relacionales, negligencias y falta de sintonía prolongada, así como por una conmoción crónica y un trauma severo, requieren una psicoterapia donde la relación terapéutica sea central y se haga evidente a través del respeto, la fiabilidad y la dependencia de una persona afectuosa, involucrada, cualificada y auténtica (Erskine 1993).

Revisión de la literatura

Eric Berne, en la articulación de la teoría del Análisis Transaccional, calificó a estos patrones inconscientes, esquemas o proyectos arcaicos como “guión” (1961). Berne definió originalmente el guión como un “amplio plan de vida inconsciente” (ibid 23) que refleja los “dramas primordiales de la infancia”, los guiones “son derivaciones o, de forma más precisa, adaptaciones de las reacciones y experiencias infantiles” (ibid.116). Posteriormente, se refirió al guión como un “proyecto de vida basado en las decisiones tomadas en la infancia y reforzadas por los padres, justificado por los acontecimientos posteriores y culminando en una alternativa elegida” (1972. 46).

Fritz Perls, quien co-desarrolló la terapia Gestalt, también describió tales conclusiones y patrones repetitivos auto-confirmantes (1944) y los denominó "Guión de Vida" (Perls y Baumgardner 1975) compuesto por una "escena temprana" y por un "proyecto de vida" resultante (Perls, Hefferline, y Goodman 1951. 305-306). Alfred Adler se refirió a estos patrones o esquemas como "estilo de vida" (Ansbacher y Ansbacher 1956); Sigmund Freud utiliza el término "compulsión de repetición" para describir fenómenos similares (1920g); y escritores psicoanalíticos contemporáneos se han referido a un patrón preformado evolutivamente como "fantasía inconsciente" (Arlow 1969a. 8) y como "esquemas" (Arlow 1969b. 29; Slap 1987). En la psicología psicoanalítica del Self, el término "sistema del self" se utiliza como referencia a los patrones recurrentes de baja autoestima y a las interacciones contraproducentes (Basch 1988. 100), que son el resultado de "principios organizadores inconscientes" denominados "inconsciente pre-reflexivo" (Storolow y Atwood 1989. 373). En la teoría de sistemas dinámicos, el término "estados de atracción preferidos" se utiliza para describir los patrones repetitivos de la organización de las experiencias afectivas y cognitivas y de la relación con los demás (Thelen y Smith 1994).

John Bowlby (1969, 1973, 1980) también escribió acerca de los patrones relacionales inconscientes, y describió en imperativo biológico del vínculo físico y afectivo prolongado en la creación de un núcleo visceral del que emergen todas las experiencias de uno mismo y de los demás. Bowlby se refirió a estos patrones como modelos de funcionamiento interno que son generalizaciones de las experiencias pasadas. La teoría de Bowlby proporciona un modelo para entender cómo las reacciones fisiológicas de supervivencia y las conclusiones implícitas experienciales de un bebé o de un niño pequeño pueden conformar un "modelo de funcionamiento interno", los antecedentes de igual Guión de Vida inconsciente.

La literatura de psicología general ha descrito dichos esquemas, planes inconscientes, o Guiones de Vida como "estructuras cognitivas" que reflejan la organización del mundo de un individuo en un sistema unificado de creencias, conceptos, actitudes y expectativas (Lewin 1951). Los "constructos personales" (Kelly 1955), la "teoría de la auto-confirmación" (Andrews 1988, 1989), los "patrones relacionales interiorizados" (Beitman 1992) y el sistema de auto-refuerzo o "plan de autoprotección" se refieren tanto al "sistema de rackets" (Erskine y Zalcman 1979) y como al "Sistema de Guión" (Erskine y Moursund 1988). Cada uno de los autores citados anteriormente describe algún aspecto de los patrones relacionales inconscientes o Guiones de Vida. Cada autor sugiere una terapia consistente en una combinación de análisis, interpretación, explicación, relaciones interpersonales o cambio conductual. En mi opinión, con el fin de hacer una exhaustiva "cura del guión", es necesario proporcionar una psicoterapia relacional

que integre las dimensiones afectiva, conductual, cognitiva y fisiológica para que la experiencia inconsciente pueda llegar a ser consciente (Erskine 1980).

Proceso inconsciente

El propósito de una psicoterapia profunda y responsable, es la resolución de las inhibiciones o compulsiones del guión inconsciente del cliente en su relación con las personas, en la inflexibilidad de la solución de problemas y en las deficiencias en el cuidado de la salud. Tal “cura del guión” supone una reorganización y una nueva integración interna de estructuras afectivas y cognitivas, deshacer las retroflexiones psicológicas, desactivar las introyecciones y escoger conscientemente un comportamiento que tenga sentido y que sea apropiado en las relaciones y en las tareas actuales, en vez de una conducta que esté determinada por compulsión, por miedo o por reacciones arcaicas de afrontamiento. El objetivo de una psicoterapia integrativa y profunda es proveer la calidad de una relación terapéutica, la comprensión y las habilidades que faciliten al cliente la toma de conciencia de lo que previamente fue inconsciente, para que pueda tener intimidad con los demás, mantener una buena salud y participar en las tareas de la vida diaria sin restricciones preformadas.

Lo que la mayoría de la gente considera un “recuerdo consciente” está habitualmente compuesto por memoria explícita --el tipo de memoria que es descrita como simbólica: una imagen fotográfica, una pintura impresionista o una grabación de lo que se dijo en eventos pasados. Tal memoria explícita o declarativa está en general anclada en la capacidad para usar el lenguaje social y los conceptos para describir experiencias. La experiencia “inconsciente” generalmente carece de los recuerdos explícitos de un acontecimiento porque es sub-simbólica, implícita y carece de lenguaje. La memoria sub-simbólica o implícita, que resulta conflictiva y permanece inconclusa, es potencialmente “sentida” como tensiones fisiológicas, afectos indiferenciados, deseos o repulsiones, y patrones pre-reflexivos relacionales y autorreguladores (Erskine 2008; Fosshage 2005; Kihlstrom 1984).

Bucci (2001) describe tales sensaciones psicológicas como la comunicación inconsciente del procesamiento de la información emocional. Dichos recuerdos afectivos, percibidos fisiológicamente, son modalidades de experiencia que no son ni lingüísticamente descriptivas ni verbalmente narrativas. Las experiencias fisiológicas y afectivas se pueden manifestar en el lenguaje corporal que revela la historia inconsciente de la persona.

Me parece importante pensar en términos y conceptos de desarrollo, no sólo en términos de proceso inconsciente como reflejo de un trauma o de una represión. Generalmente conceptualizo el proceso inconsciente (memoria pre-simbólica, sub-simbólica, procedimental o implícita) como un proceso compuesto por varios niveles evolutivos y experienciales: pre-verbal, nunca conceptualizado, nunca reconocido dentro de la familia, ausencia de recuerdo porque no se produjeron experiencias relacionales significativas, verbalización activamente evitada como consecuencia del castigo, la culpa o la vergüenza, patrones pre-reflexivos del self-en-relación que están conformados por estilos de apego, estrategias de autorregulación, necesidades relacionales, creencias de guión e introyecciones (Erskine 2008).

Cuando definimos el guión como una compleja serie de patrones relacionales inconscientes basados en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas y/o decisiones explícitas, y/o introyecciones autorreguladoras, adoptadas bajo estrés, estamos incluyendo patrones de guión que están formados por la memoria explícita que se imbrica en decisiones conscientes o preconscientes de una etapa previa del desarrollo. Además, también estamos describiendo el resultado estructurado de la memoria pre-simbólica e implícita así como las formas procedimentales inconscientes de relacionarse, los procesos corporales inconscientes, los aspectos inconscientes del trauma acumulativo y de la disociación, los efectos inconscientes de la falta de sintonía acumulativa y la negligencia, la introyección inconsciente y/o la organización inconsciente pre-reflexiva de estilos de apego, necesidades relacionales y autorregulación. Cada uno de estos precedentes de un Guión de Vida requiere una forma específica de terapia, para posibilitar que las experiencias inconscientes se vuelvan conscientes y para facilitar la aparición de nuevos patrones de pensamientos, sentimientos, procesos corporales, conductas y contacto interpersonal.

Mandatos y decisiones: memoria explícita

Berne (1972), English (1972), Steiner(1971), Stuntz (1972) y Woolams (1973) han descrito cada uno de ellos el guión como formado por los mandatos parentales y por la aquiescencia del niño a los mensajes parentales. Sus ideas difieren en cómo se comunican los mandatos, los periodos críticos del desarrollo evolutivo en los que un niño es más susceptible a dichos mensajes, y el perjuicio psicológico tanto de los mandatos como de la conformidad resultante. Básicamente, cada uno de estos teóricos ve el guión como una interacción entre

mandatos, contramandatos, conformidad y protocolo de desarrollo temprano. En general, la terapia de estas dinámicas de guión es descrita por estos autores como aquella que consta de explicación, ilustración, confirmación e interpretación.

Steiner (1971) destacó especialmente el poder coercitivo de los mensajes manifiestos y ulteriores de los padres para determinar perniciosamente la vida de un niño, mientras que Bob y Mary Goulding (1978) describieron una lista de estos mandatos que conforman la base de las decisiones infantiles que generan el guión. Sus ejemplos de decisiones de guión son ejemplos de memorias explícitas donde se recuerda conscientemente una escena real de la niñez, se identifica el mandato parental correspondiente y se expresa la decisión original del niño de cumplir con el mandato. Ya que estos recuerdos, y las decisiones de guión resultantes son formas explícitas de memoria, pueden ser susceptibles a una terapia de Redecisión. Como resultado de esta percepción consciente de cómo el guión fue originalmente decidido, con el conocimiento de las consecuencias en el presente y, además, con el apoyo del terapeuta, resulta posible una redecisión que cambiará la vida (Erskine 1974). En el libro de Bob y Mary Goulding *Changing Lives Through Redecision Therapy* (1979) y su video *Redecision Therapy* (1987), además de en el libro de Erskine y Moursund *La Psicoterapia Integrativa en acción* (1988/2014) se encuentran varios ejemplos de cómo la redecisiones son una forma efectiva de terapia del guión cuando las dinámicas del guión y las decisiones se pueden recordar explícitamente.

Allen y Allen (1972) sugirieron que, al contrarrestar o alterar los efectos de ese recuerdo que da forma al guión, el permiso del terapeuta para vivir de modo diferente a los mandatos parentales impuestos es un elemento importante, porque los permisos proporcionan nuevas memorias explícitas de una persona involucrada que está dedicada al bienestar del cliente. En un artículo de 1980, identifiqué las dimensiones conductuales, intrapsíquicas y fisiológicas de una “cura del guión” y establecí las bases teóricas para el Sistema de Guión, originalmente referidas como Sistema de Racket (Erskine y Zalcman 1979).

El sistema de Guión provee un modelo de cómo un Guión de Vida se forma a partir de decisiones explícitas, conclusiones experienciales implícitas y pre-simbólicas, patrones fijados de autorregulación y/o introyecciones. El Sistema de Guión, de hecho, se hace realidad en la vida actual donde se refleja a través de la conducta, la calidad de las relaciones, las fantasías, las sensaciones físicas internas y la memoria explícita seleccionada (Erskine y Moursund 1988). El Sistema de Guión describe cómo el Guión de Vida está operativo en el presente como creencias básicas sobre uno mismo, sobre los demás y sobre la calidad de la vida. El Sistema de Guión se compone de experiencia interna, percepción,

imaginación y conceptualización que resultan incrementadas por las generalizaciones y las elaboraciones que construyen una “realidad” de nosotros mismos, de los demás y de la calidad de la vida. Esto nos conduce a sentirnos asustados o enfadados por lo que puede que nunca suceda; a sentirnos profundamente heridos por nuestras anticipaciones; y a sufrir innecesariamente en las relaciones actuales debido a la naturaleza auto-reforzante de las creencias de guión. El capítulo siete de este libro, titulado “el Sistema de Guión: una organización inconsciente de la experiencia”, explica los componentes del Sistema de Guión, proporciona un esquema útil e ilustra, a través de un ejemplo de caso, como un guión inconsciente se encuentra operativo en el día a día del cliente.

Memoria implícita: falta de sintonía acumulativa y conclusiones experienciales

No todos los Guiones de Vida están basados en mandatos parentales o decisiones de guión, contrariamente a lo que se ha enfatizado en mucha de la literatura sobre la teoría del Guión. Las conclusiones inconscientes basadas en las experiencias vividas representan una proporción importante de los Guiones de Vida. Las conclusiones experienciales implícitas están compuestas por afectos inconscientes, reacciones físicas y relacionales que carecen de conceptos, sin disponer de lenguaje ni secuencia de eventos, ni tampoco de pensamientos conscientes. Las conclusiones experienciales implícitas pueden representar experiencias pre-verbales o nunca verbalizadas de la infancia temprana que, a causa de la falta de relación, carencia de conceptos y ausencia de un lenguaje adecuado, permanecen inconscientes (Erskine 2008). Posteriormente en la vida, estas conclusiones inconscientes son sentidas y expresadas a través de una sensación de anhelo insatisfecho o de repulsión, y de afectos indiferenciados o no expresados. También puede sentirse como confusión, vacío, sensaciones corporales incómodas y/o un conocimiento procedimental de cautela en las relaciones. Estas sensaciones fisiológicas son memorias afectivas no verbales sub-simbólicas o pre-simbólicas.

En mi experiencia clínica, muchos de los Guiones de Vida de los clientes son una expresión de las memorias procedimentales, sub-simbólicas e implícitas de respuestas afectivas y sensoriomotoras condicionadas, conductas autorreguladoras repetitivas, y perentorias reacciones inhibitorias y anticipatorias que culminan en conclusiones inconscientes. Dichas conclusiones implícitas experienciales aportan una variedad de funciones psicológicas, tales como orientación, autoprotección y categorización de las experiencias. La memoria

implícita se refiere al procesamiento de estímulos subliminales, sensaciones fisiológicas y afectos, así como a la experiencia vivida que, en vez de hacerse consciente como una memoria explícita, permanece no simbolizada y, por lo tanto, inconsciente hasta que haya una persona involucrada e interesada que facilite el contacto interno, la formación de conceptos y la expresión lingüística.

Las conclusiones implícitas del guión pueden expresar inconscientemente las necesidades evolutivas que no fueron satisfechas, las interacciones relacionales cruciales que no ocurrieron nunca, o que ocurrieron muy pocas veces, y el fracaso repetitivo de la capacidad de respuesta óptima de los cuidadores primarios. Cuando los cuidadores primarios se muestran repetidamente angustiados, ansiosos o enfadados, las interacciones relacionales cruciales de la infancia y de la primera niñez podían no haber ocurrido nunca. Ejemplos de tales interacciones cruciales progenitor-hijo son el vital contacto visual, el toque tranquilizador o el reflejo especular en la cara de los progenitores cuando el niño estaba alegre o angustiado (Beebe 2005; Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg y kuhn 2003; Weinberg y Tronick 1998). Tal fracaso parental repetitivo para sintonizar y responder a las necesidades evolutivas del niño pequeño constituye una negligencia psicológica. Estos fracasos no son necesariamente, ni habitualmente, el resultado de elecciones deliberadas y conscientes por parte de los cuidadores. Con frecuencia son causados por ignorancia parental, fatiga o la preocupación por otros asuntos, o puede que los padres se encuentren deprimidos y estén enredados con patrones de su propio guión que son incompatibles con la satisfacción de las necesidades del niño. El niño, sin embargo, no puede entender la preocupación del adulto, la depresión, la fatiga o las manifestaciones de guión, y puede que fantasee intencionalmente cuando nadie está presente: “Mamá no tiene tiempo para mí”, “No soy lo suficientemente importante”, “Papá ni siquiera me ve, debe estar muy enfadado conmigo porque soy tan malo”. Tales conclusiones experienciales implícitas, con el tiempo, forman un Guión de Vida inconsciente.

Los niños que crecen o asisten a un colegio donde hay un ambiente de negligencia psicológica, falta de sintonía afectiva prolongada o burlas reiteradas, a menudo no logran desarrollar una sensación de competencia, de autodefinición o de capacidad para lograr hacer impacto en otros. Su necesario sentido de seguridad, auto-valoración, eficacia y gestión, o autodefinición, pueden ser lenta y repetidamente minados con comentarios despectivos, burlas o declaraciones humillantes de los padres, los profesores, los hermanos o los otros niños. El resultado podría ser una permanente sensación de vergüenza y la convicción de que “algo está mal en mí” (Erskine 1994). En algunas situaciones, los niños y los adolescentes lo sobre-compensan inconscientemente siendo extremadamente competentes, exigentes en su auto-determinación o mostrándose insistentes en

hacer impacto sobre los demás. Los recuerdos afectivos de esa negligencia repetitiva, de la falta de sintonía o de las críticas (aunque implícitos y/o procedimentales más que explícitos o conscientes), conforman las conclusiones sobre sí mismos y un estilo de apego que puede persistir durante varios años. El resultado de tal negligencia hace referencia a un trauma acumulativo. El trauma acumulativo es una reacción retardada a multitud de memorias implícitas y/o memorias procedimentales de importantes interrupciones relacionales y a conclusiones repetitivas no verbales sobre sí mismo, los otros y la calidad de la vida (Erskine, Moursund y Trautmann 1999; Lourie 1996).

Muchos sentimientos personalmente turbadores y muchas creencias de guión acerca de la auto-valoración, la pertenencia a un grupo o la capacidad para aprender, tienen su origen en las respuestas inconscientes físicas y afectivas a la crítica acumulativa, a la desatención y a los rechazos que pudieron haber ocurrido en el colegio o en el patio de recreo. Además de las interacciones tempranas niño-padres-hermanos, las dinámicas interpersonales entre compañeros, desde preescolar hasta la Universidad, tienen una influencia significativa en la formación de patrones procedimentales inconscientes y creencias del guión acerca de sí mismo, de otros y de la cualidad de pertenencia a un grupo. Las actitudes y conductas de los profesores pueden ser también relevantes en la configuración de la identificación inconsciente y/o de las conclusiones experienciales.

Trauma acumulativo

Berne (1961) diferenció entre “neurosis traumática”, causada por un trauma específico en un momento concreto de la vida, y “psiconeurosis”, que surge de una falta de apego continuado durante un largo período de tiempo. Khan (1963), que acuñó el término “trauma acumulativo” para describir el efecto inconsciente de los acontecimientos negativos o negligentes repetitivos, reconoció que el fracaso relacional es la causa principal. Escribe: “el trauma acumulativo es el resultado de las brechas en el rol de la madre como escudo protector durante todo el trascurso del desarrollo evolutivo del niño, desde la infancia a la adolescencia” (ibíd. 290).

A pesar de que puede originar la misma clase de patrones de apego típicos en los casos de trauma agudo, el trauma acumulativo se desarrolla en su inicio de una manera diferente. En lugar de tener que protegerse del dolor originado por un incidente específico, la persona debe hacer frente a una acumulación lenta pero constante de pequeñas, casi insignificantes, faltas de sintonía, heridas, negligencias o críticas. Con el tiempo, la persona llega a aceptar este patrón simplemente como parte de lo que ella/otros/la vida tienen que ser. Igual que el

lento goteo del agua cargada de calcio que se acumula con los años en una estalactita o en una estalagmita, el goteo de resultados traumáticos acumulativos da lugar a la construcción lenta de creencias de guión en las cavernas de la mente de cada uno. A menudo hay muy poco que señalar después en la vida, no hay un modo de expresar “Eso es lo que me pasó a mí, y así es como reaccione”. Cada negligencia y cada falta de sintonía en la primera infancia pueden no ser traumáticas en sí mismas, pero conducen a las consecuencias asumidas y acumuladas desde el guión, que son reconocidas (si finalmente el cliente se hace consciente de la pauta y entiende la influencia) sólo en retrospectiva.

Lourie (1996) define el trauma como el activo como “la totalidad de los errores psicológicos, o carencias de apego que un niño sufre desde la infancia hasta la adolescencia y posteriormente” (ibíd. 277). Cuando los Padres no establecen consistentemente un contacto pleno o no resuenan con la expresión afectiva de su hijo, fracasan al no reconocer o validar las necesidades relacionales de ese niño. Los niños cuyas expresiones afectivas y necesidades relacionales no son reconocidas y validadas, no disponen de un espejo social en el que verse a sí mismos y por lo tanto, carecen del compañero relacional necesario cuya respuesta en espejo o explicación puede proporcionar una articulación y una posible reversión de las conclusiones emergentes del guión. La falta de sintonía acumulativa con las expresiones emocionales del niño, con las necesidades evolutivas, y con los patrones relacionales emergentes y las conclusiones, interfieren en la oportunidad del niño para descubrirse y formarse a sí mismo como un individuo único con soporte emocional dentro de una matriz de relaciones sociales (Trautmann y Erskine 1999).

“Una consecuencia grave del trauma acumulativo”, dice Lourie (1966), “es la pérdida de confianza y del conocimiento de sí mismo como resultado del vasto surtido de falta de sintonía parental... que el niño sobrelleva” (ibíd. 277). Estos niños pueden concluir que en esencia son inadecuados y no dignos de ser amados. Esconden esta conclusión, y la creencia derivada, de los demás --y de sí mismos-- y el resultado puede ser una incapacidad para establecer una relación íntima duradera y satisfactoria. Pueden retraerse de la compañía de otros o pueden encadenarse a sí mismos a una rutina de interminables actividades sociales superficiales, pueden exigir constantemente atención y cuidado, o pueden responsabilizarse en exceso de las necesidades de los que le rodean. Como resultado, hay una pérdida tanto de contacto interno como de contacto interpersonal (Erskine y Moursund 1988; Perls, Hefferline y Goodman 1951). La persona podría perder el contacto con sus propias sensaciones, sentimientos, necesidades, pensamientos o recuerdos, así como interrumpir el contacto interpersonal con los demás.

Todas estas manifestaciones cognitivas y/o conductuales de las conclusiones experienciales que interrumpen el contacto, servirán para distraer a la persona de la memoria implícita de soledad, vacío y falta de sintonía que el niño puede haber experimentado realmente. Estas creencias basadas en el guión, fantasías y comportamientos no satisfacen las necesidades relacionales infantiles no correspondidas --y, a largo plazo, en realidad impiden la satisfacción de las necesidades-- pero las interrupciones del contacto interno y externo distraen momentáneamente de la conciencia de dichas necesidades, mitigando el dolor y proporcionando un alivio temporal (Moursund y Erskine 2004).

Las interrupciones del contacto (como negación, desapropiación, desensibilización, retroflexión, introyección, desapego relacional) reducen la conciencia y la angustia de la ausencia de relación. Pueden aliviar temporalmente la ansiedad y los recuerdos de acontecimientos negligentes o traumáticos, mientras distraen de la sensación de pérdida interpersonal. Resultan “normales”, ya que son reacciones adaptativas humanas frente a las necesidades biológicas y racionales insatisfechas reiteradamente. Cuando se utilizan de forma repetitiva, o en grado extremo, las interrupciones del contacto interfieren con la integración sustancial del afecto, la fisiología y la memoria mediante la creación de una distorsión perceptiva, de la confusión emocional, de las limitaciones en el procesamiento de la información, y de la falta de conciencia de las necesidades relacionales.

Las necesidades racionales incluyen varias dimensiones del contacto interpersonal y del apego tales como la sintonía afectiva y rítmica, la influencia mutua y la validación, y el uso compartido el lenguaje para comunicar la experiencia fenomenológica. Algunas de las múltiples dimensiones de las necesidades relacionales son: la sensación de seguridad en la relación, la validación del afecto propio y de la experiencia interna, la sensación de confianza, fiabilidad y consistencia de otra persona significativa la experiencia compartida, la autodefinición, la capacidad de impactar en la relación, tener a otro que inicie, y la expresión de agradecimiento y gratitud (Erskine 1998a; Erskine, Moursund y Trautmann 1999; Erskine y Trautman 1996). La experiencia de insatisfacción prolongada de estas necesidades relacionales interrumpe el contacto interno y conforma el núcleo de las conclusiones implícitas del guión.

Guión corporal

Los Guiones de Vida con frecuencia se codifican bioquímicamente dentro del tejido corporal. En casi todos los casos de elaboración del guión, ya sea formado por decisiones explícitas, conclusiones experienciales inconscientes o reacciones de supervivencia, puede haber una respuesta bioquímica y fisiológica correspondiente dentro del cuerpo. Debido a la intensa estimulación cerebral subcortical y a la actividad bioquímica en el momento de la conclusión o decisión de guión, la persona podría ser incapaz de expresar libremente las emociones y/o de actuar de acuerdo con sus necesidades (Damasio 1999). La amígdala y el sistema límbico de cerebro se encuentran desbordados y la expresión natural fisiológica y afectiva puede que se active hacia adentro, en forma de retroflexión fisiológica (Perls, Hefferline y Goodman 1951). Esta retroflexión fisiológica que se asocia a una falta de seguridad, a una protesta no emitida, a un miedo no expresado o a una paralización de la acción natural del cuerpo, con frecuencia se mantiene durante años como una estructura fisiológica, como un acto habitual o como una inhibición de la expresión. Cuando la falta de sintonía y la negligencia de otros significativos persisten en el tiempo, estas retroflexiones inhibitorias se convierten, de hecho, en la sensación fisiológica de la persona de “este soy yo”. El cuello rígido, el dolor muscular de los hombros, el rechinar de los dientes, el puño cerrado, son lo que el cliente siempre ha conocido. Estas manifestaciones de guiones corporales son codificadas como estructuras fisiológicas y también psicológicas.

Los Guiones de Vida que tienen su origen bien en un trauma agudo o crónico, o bien en una negligencia acumulativa, son casi siempre fisiológicos --el guión está en el cuerpo-- como resultado de reacciones de supervivencia dentro del eje hipotalámico-pituitario-adrenal del cerebro y la correspondiente tensión muscular (Cozolino 2006). Estas reacciones psicológicas de supervivencia con frecuencia vuelven a surgir como respuestas automáticas y repentinas que incluyen varios órganos, grupos de músculos o incluso al cuerpo entero, por la estimulación cerebral de neurotransmisores y hormonas que afectan a cada sistema de órganos (Van der Kolk 1994). La súbita reactivación de reacciones fisiológicas de supervivencia no es consciente (hasta después de haber ocurrido) porque las redes asociativas de cerebro se han vuelto “condicionadas al miedo” y se han asociado a otras dinámicas del guión tales como las creencias centrales de guión, los patrones conductuales y un conglomerado de recuerdos emocionales (LeDoux 1994).

Cuando el estrés o la negligencia ocurren prematuramente en la vida y son prolongados o extremos, el funcionamiento del cerebro y la conducta se organizan en torno al miedo, a la rigidez y en torno a una evitación de estimulación y exploración (Cozolino 2006). Varios escritos e informes de investigación sobre desarrollo infantil temprano, apoyan la idea de que él quien está formado por reacciones de supervivencia sub-simbólicas fisiológicas y conclusiones inconscientes en respuesta a la calidad tanto de las primeras relaciones como de las relaciones actuales (Beebe 2005; Bloom 1997; Field et al. 2003; Lyons-Ruth, Zoll, Connell y Grunebaum 1986, Tronick y Gianino 1986; Weinberg y Tronick 1998). Cuanto más tempranos sean la falta de sintonía, la negligencia o el trauma físico y emocional, más probable será que el guión se encuentre en el cuerpo y que no sea accesible a través del lenguaje ni a una forma de terapia narrativa y, en muchos casos, que no esté disponible a la conciencia.

Una psicoterapia completa y efectiva, dirigida a una cura del guión, tiene que identificar y aliviar las restricciones fisiológicas, las inhibiciones y las tensiones corporales que interfieren con los afectos, con la expresión de necesidades relacionales actuales o con el mantenimiento de la buena salud. Cuando abordó una terapia de guión corporal, el objetivo del tratamiento se centra en energizar el tejido corporal que se ha tornado inhibido y rígido a causa de las necesidades relacionales y físicas del desarrollo evolutivo que han quedado insatisfechas y a la represión de los sentimientos originales. La terapia de guión corporal puede servir de entrada para hacer una terapia afectiva o cognitiva, o podía ser además un paso concluyente en el tratamiento de una restricción específica del guión. Las intervenciones a nivel de guión corporal incluyen aquellos enfoques que conducen a cambio somáticos, tales como una atenta conciencia al proceso corporal, contacto físico suave, trabajo profundo de masaje, relajación de las tensiones, dieta adecuada, y actividades deportivas y lúdicas que aumenten el flujo de energía y el movimiento del cuerpo.

La cura del guión a un nivel fisiológico consiste en liberar las tensiones, la coraza corporal y las restricciones internas que impiden a la persona vivir la vida plenamente y con facilidad dentro de su propio cuerpo. Los cambios en los quiñones de vida son a menudo evidentes para un observador, ya que puede percibirse un aspecto más relajado, una mayor libertad de movimiento, un aumento de la energía y un nivel de peso establecido apropiado para la complejión de la persona. Después de experimentar una psicoterapia efectiva orientada a resolver las restricciones fisiológicas, las inhibiciones y la retroflexión, los clientes comentan tener una mayor sensación de vitalidad, más facilidad de movimiento y un acrecentado sentimiento de bienestar.

Una descripción de los métodos que son útiles en la cura de los aspectos fisiológicos del Guión de Vida, está fuera del ámbito de este capítulo. Sin embargo, es responsabilidad del psicoterapeuta centrarse en los procesos corporales, en las retroflexiones, en las reacciones fisiológicas de supervivencia y en las estrategias de afrontamiento de la infancia temprana (tales como la paralización, la agitación, la separación) e incluso en los minúsculos movimientos o en los silencios. Cada uno de ellos, podría ser una expresión de una respuesta fisiológica a las interrupciones relacionales que están imbricadas en un Guión de Vida.

Introyección: ¿de quién es el guión?

Una e introyección es una identificación, autoprotectora e inconsciente, con aspectos de la personalidad de otros significativos que se produce en ausencia de contacto pleno, cuando las necesidades fundamentales en una relación de dependencia no se han satisfecho. La introyección proporciona una compensación psicológica para las necesidades relacionales insatisfechas y para las interrupciones en el contacto interpersonal esencial. Se evita un conflicto relacional externo, pero este conflicto es en cambio internalizado, donde aparentemente resulta más fácil de gestionar (L. Perls 1978). Por lo tanto, la introyección a menudo va acompañada por reacciones fisiológicas de supervivencia y de retroflexiones (Perls, Heferline y Goodman 1951).

Muchos aspectos del Guión de Vida de una persona pueden ser, en realidad, el resultado de introyectar los sentimientos, las reacciones corporales, las actitudes, las creencias de guión, las conductas y los patrones relacionales de los padres, los profesores o de otras personas significativas. Podría ser indispensable, en un tratamiento exhaustivo del Guión de Vida, identificar el origen de la depresión del cliente, sus decepciones, su amargura, su resentimiento o su crítica interna. ¿Son tales actitudes, creencias, anticipaciones y conductas, el resultado de su propia experiencia vital, de sus conclusiones y de sus decisiones? ¿O son éstos los pensamientos, sentimientos, conductas y sistemas de afrontamiento asumidos que ha introyectado de un otro significativo? ¿Es el guión el resultado de una defensa auto-crítica contra la conciencia de la influencia interna de una introyección? (Erskine 1988). La explicación terapéutica y la identificación de los muchos aspectos de la introyección, y la psicoterapia necesaria, son importantes en la planificación del tratamiento y en la selección de los métodos que conducen a la cura del guión. Métodos específicos en el tratamiento de la introyección o de la auto-crítica extrema y ejemplos de casos reales, se detallan en otros textos

(Erskine 2003; Erskine y Moursund 1988; Erskine, Moursund y Trautmann 1999; Erskine y Trautmann 2003; Moursund y Erskine 2004). En una psicoterapia minuciosa dirigida a la cura del guión, puede ser esencial que el terapeuta aborde los elementos internalizados de la personalidad de los otros significativos y, o bien provea una interposición terapéutica, o una completa desactivación de la introyección (Berne 1961).

Transferencias de la vida cotidiana

Aunque los Guiones de Vida pueden formarse en cualquier etapa evolutiva, en mi experiencia clínica los Guiones de Vida tenaces no son formados por decisiones explícitas aisladas sino que normalmente se generan a partir de una composición de conclusiones experienciales implícitas, reacciones de supervivencia e introyecciones. Las memorias implícitas de estas conclusiones que conforman el guión, las reacciones de supervivencia y las introyecciones, no están directamente disponibles a través de la memoria explícita del cliente ni en una narración organizada sobre sus experiencias de vida temprana. Dichas memorias tempranas y conclusiones implícitas son reveladas a través de las reacciones corporales, patrones relacionales pre-reflexivos, transferencia dentro de la relación terapéutica y, más comúnmente, en la transferencia de la vida cotidiana (Freud 1912b). El dolor y el enfado con la familia o amigos, o las temidas reacciones anticipadas de los compañeros de trabajo, el descuido por la propia salud o el bienestar en general, y la preocupación habitual, las fantasías repetidas o las obsesiones, son ejemplos de la transferencia inconsciente del recuerdo emocional temprano a la actualidad de la vida cotidiana.

Berne define los guiones como un “fenómeno de transferencia” que puede ponerse en acción durante toda la vida y que son derivados y adaptados de “experiencias y reacciones infantiles” y de “los dramas primordiales de la niñez” (1961. 116). En una psicoterapia efectiva, a menudo es necesario que el psicoterapeuta ayude al cliente a construir la narrativa de sus experiencias tempranas emocionales y relacionales con el fin de conseguir un entendimiento y una resolución de sus reacciones transferenciales. Esto se logra con frecuencia a través del método terapéutico de la implicación en donde el terapeuta co-construye con el cliente el significado de su experiencia y proporciona tanto los conceptos como la ayuda para otorgar sentido y percibir la importancia de los recuerdos afectivos y fisiológicos. La transferencia, tanto dentro de la relación terapéutica como en el transcurso de la vida diaria, es muchas veces una expresión de “la primera experiencia traumática, el protocolo” y de las “versiones

posteriores o palimpsestos” acumulativas del guión (ibíd. 124), es decir, las conclusiones experienciales inconscientes.

La transferencia dentro de una relación terapéutica y, aún más común y frecuente, en las relaciones y actividades de la vida cotidiana, es una expresión de los efectos de fracasos y de interrupciones en las relaciones previas, además de una expresión de necesidades relacionales y del deseo de alcanzar la intimidad en las relaciones. Es una actuación inconsciente de experiencias pasadas cargadas de emoción y de funciones psicológicas tales como autorregulación, compensación o autoprotección (Brenner 1979; Erskine 1993; Langs 1976). La transferencia es una manifestación y una expresión de las dinámicas inconscientes de los Guiones de Vida.

Elizabeth: una búsqueda inconsciente de amor

El siguiente ejemplo del caso de Elizabeth en su búsqueda inconsciente del amor de su madre, es una ilustración de cómo su Guión de Vida es el resultado de conclusiones experienciales implícitas, de la falta de sintonía acumulativa de los padres a sus afectos y a sus necesidades relacionales, y de una decisión de guión explícita. En la psicoterapia de Elizabeth exploramos sus sensaciones corporales y sus reacciones fisiológicas de supervivencia y cómo ella podría haber introyectado la depresión de su madre cuando era una infante y una niña de edad preescolar. Mi indagación fenomenológica e histórica, mi sintonía afectiva, evolutiva y rítmica, y la inferencia terapéutica, revelaron que la pequeña Elizabeth se había visto profundamente afectada por la depresión de su madre. Una de nuestras tareas terapéuticas consistió en separar su propia depresión infantil temprana, reactiva e inconsciente, de la depresión introyectada de su madre, y proveer una terapia sensible a ambos aspectos de la depresión. Nuestra psicoterapia se centró en hacer conscientes su afecto inconsciente y su experiencia fisiológica, así como en prestar atención a sus necesidades evolutivas de tener una relación de confianza, consistente y comprometida. Reflejados en este caso hay algunos ejemplos de cómo el guión se puso de manifiesto en la vida diaria y de la necesidad de una psicoterapia integrativa relacional encaminada a lograr una cura del guión.

Elizabeth parecía una niña perdida cuando comenzó la psicoterapia. Se describía a sí misma como “vacía, perdida y confusa”. En sus primeras sesiones, se planteaba si tenía una “depresión heredada”, porque a menudo se sentía “muy vacía por dentro”. Vestía mal, aunque tenía un trabajo bien remunerado. Su ropa nunca le sentaba bien, ni tampoco combinaba los colores o el diseño de las

prendas. Su pelo a menudo parecía despeinado y necesitado de un corte. Mis impresiones iniciales sobre Elizabeth fueron las de estar ante alguien que había sido una niña no querida y desatendida.

Estaba casada y describía la relación con su marido comentando que “prácticamente nos limitamos a vivir juntos”, sin mucho contacto físico. Elizabeth no veía problema en su matrimonio, ya que ella y su marido a menudo hacían cosas juntos, tales como asistir al cine, y estaba encantada porque él solía hacer la compra y preparaba la comida.

Su Padre le dijo en cierta ocasión muy enfadado que su madre estaba “deprimida” y que la depresión había sido el motivo por el que ella “había abandonado” a la familia cuando Elizabeth tenía cinco años. Su Padre se irritaba y se volvía crítico si Elizabeth le planteaba cualquier cuestión acerca de su madre. No había ninguna foto de ella, ni tampoco contacto alguno con la familia de la madre. La madre había dejado de existir. Nunca hubo ningún tipo de conversación entre Elizabeth y su padre sobre la desaparición de su madre. El padre de Elizabeth jamás reconoció la pérdida emocional de su hija por la situación de su madre y ciertamente no ofreció validación de su profundo duelo y de su necesidad de ser amada. Ella inconscientemente llegó a la conclusión, desde su infancia, de que sus sentimientos, su vacío y su anhelo significaban “soy un estorbo para la gente”.

Elizabeth no era capaz de recordar conscientemente nada acerca de su Madre. No podía evocar como era. El Padre admitió que había destruido todas las fotografías, incluyendo las fotos de la boda, y las fotos donde aparecía Elizabeth con su Madre cuando era un bebé y en edad preescolar. El resultado fue que Elizabeth caminaba por las calles de Nueva York buscando un rostro que pudiera ser el de su Madre. Su deseo de amor era inconsciente. Sólo tenía conciencia de su bolsillo interior y de una búsqueda desesperada.

Ella no percibía sus necesidades de cuidado maternal y de amor. Cuando yo indagaba sobre cualquier necesidad relacional que Elizabeth pudiera tener, o indagaba acerca de su madre, inconscientemente se acariciaba los labios o el pecho. Yo reconocí esos gestos inconscientes como una señal de su necesidad de seguridad y de maternaje temprano a pesar de que ella no podía ni considerar, ni verbalizar ninguna de esas necesidades. Sus gestos de auto-consuelo al principio no tenían ningún significado para ella hasta que hablamos muchas, muchas veces, de esos gestos de acariciarse los labios y el pelo, y finalmente los relacionó con la necesidad de afecto maternal y de un contacto físico reconfortante. Aunque ella no tenía conciencia de esta necesidad de ser cuidada, externalizaba sus necesidades

inconscientes en la transferencia a través de su indefensión y de su porte descuidado.

Elizabeth encontraba con incomprendible que yo pensara en ella entre las sesiones. No tenía ninguna sensación de que pudiera hacer impacto alguno en mí. A diferencia de otros clientes, Elizabeth no me echaba de menos cuando yo viajaba. Con frecuencia decía que no sabía de qué hablar en nuestras sesiones. Esperaba que fuera crítico con ella. En las primeras sesiones, fue capaz de identificar esta expectativa sobre mi potencial criticismo y la relacionó con recuerdos específicos de las “constantes críticas de su padre hacia todos”. Durante esta fase de la terapia, tomó conciencia de haber asumido, entre los diez y doce años de edad, una decisión explícita de guión de ser cautelosa con los demás porque “las personas son críticas”.

Elizabeth consiguió recordar algunas historias y recuerdos concretos de interacciones con su padre, especialmente de acontecimientos especiales o de vacaciones en donde realizaron actividades juntos, como asistir a partidos de fútbol o ir a nadar. Pero Elizabeth no tenía la capacidad de conceptualizar o de hablar sobre sentirse cuidada en una relación, ni tampoco tenía conciencia de sus necesidades relacionales. Durante la psicoterapia, las memorias implícitas de Elizabeth se transformaron en historias explícitas.

Elizabeth describió como ponía en tensión su cuerpo en la cama en vez de acurrucarse con su marido. A través de la continua indagación fenomenológica sobre sus sensaciones, afectos e imágenes internas, finalmente dijo: “Creo que no podía acurrucarme con mi Padre, Su abrazo era tenso y siempre tenía prisa o criticaba”. Este comentario fue la oportunidad para que examináramos varias reacciones transferenciales en su matrimonio y también para que comprendiera la desapropiación de la rabia hacia su padre por la ausencia de amor en su familia. Ella empezó a preguntarse la causa de la supuesta depresión de su madre y la razón por la que pudo haber abandonado a la familia.

Nunca hice con Elizabeth terapia alguna con la posible introyección de las actitudes o de los sentimientos de su padre. Si hubiera tenido la oportunidad, habría investigado si también era él quien estaba deprimido, especialmente después de que su esposa le dejara cuando Elizabeth tenía cinco años. Es posible que su “constante crítica a todo el mundo”, su destrucción de todas las fotografías y su no hablar jamás acerca de la madre de Elizabeth fuesen una expresión de su depresión o de su amargo resentimiento, o de ambas cosas.

En el tercer año de terapia, indague delicada y persistentemente en la relación temprana de Elizabeth con su deprimida madre. Sentí una intensa ternura por la niña pequeña que fue una vez y pude sintonizar con sus necesidades, como bebé y como niña de preescolar que había sido desatendida y tratada con negligencia. Me doy cuenta ahora de que solía mantener una mirada atenta sobre ella, todo el tiempo, y especialmente en sus ojos, sobre todo cuando vislumbraba que ella bajaba la mirada o se sumía en su propia introspección. Noté su natural inocencia y su disposición a “complacer a toda costa”. Mis sensibles observaciones y mis reflexiones sobre sus posibles necesidades infantiles fueron recibidas con confusión y/o comentarios no asociados con su vulnerabilidad, sus necesidades o la relación con su madre. Estas reacciones de yuxtaposición incluyeron una indiferencia a mi mirada afectuosa, a mis palabras de ternura o a mis descripciones de las necesidades relacionales de una niña pequeña --la yuxtaposición entre lo que había necesitado desesperadamente de sus dos progenitores, que no se encontraba disponible a la memoria. Su deflexión y comentarios distantes también expresaba la consciente creencia de guión “no necesito nada”.

Elizabeth no disponía de memoria explícita ni de memoria implícita asociadas con su madre o con su padre, o sobre el contacto visual tan vital con ellos, ni recordaba gestos o palabras de cariño, ni tampoco ninguna atención a su pérdida, a su vulnerabilidad o a sus necesidades. Elizabeth no tenía el concepto de necesidades relacionales, sólo el anhelo, la búsqueda vana de “algo”. Su modelo de funcionamiento interno, una memoria implícita --o, en este caso, su carencia de recuerdo porque los acontecimientos nunca habían ocurrido-- conformó su sensación de confusión, aflicción y vacío en respuesta a cada uno de mis comprensivos comentarios. No podía ser consciente del trauma acumulativo que se había producido por lo que nunca sucedió, pero que debería haber sucedido en una relación familiar amorosa. En lugar de eso, su conclusión inconsciente forjada durante muchos años de negligencia era “no soy digna de amor”.

La psicoterapia que llevé a cabo con Elizabeth se centraba con frecuencia en sus sensaciones físicas como expresión inconsciente de posibles necesidades relacionales que no fueron reconocidas y que permanecieron insatisfechas cuando ella era una niña. Tuve especial cuidado con las necesidades que expresaba inconscientemente de búsqueda de seguridad, de validación y de confianza en alguien que fuese consistente, fiable y estuviese en sintonía con sus afectos. La necesidad relacional de hacer impacto o en otra persona significativa o detener a alguien que iniciará cualquier gesto de cariño, brillaban por su ausencia en su dispersa narrativa sobre su familia. Cada una de estas necesidades se convirtió en

parte integral de nuestra psicoterapia. Repetidamente identifiqué, validé y aprecié estas necesidades esenciales.

Nuestra psicoterapia incluía una cuidadosa atención terapéutica a la sensación de vergüenza de Elizabeth --una vergüenza que sentía con sus compañeros de colegio por provenir de una familia monoparental y por la desaparición de su madre. Elizabeth describió cómo a menudo había mentido a los otros niños hablándoles de un parto dramático en el que su Madre habría muerto heroicamente.

Mediante una gran dosis de indagación fenomenológica y de explicaciones sobre las necesidades normales de una niña --y por inferencia, sobre sus propias necesidades-- Elizabeth y yo co-creamos una historia que le empezó a otorgar sentido a sus anhelos y a su propia negligencia, a sus frecuentes gestos para calmarse, a su malestar emocional con el contacto visual y físico, y a su interminable búsqueda del amor de una madre.

Mi sintonía afectiva y evolutiva sirvió para informarnos continuamente a ambos sobre las necesidades no correspondidas de una niña pequeña. La ternura, la bondad y la delicadeza que yo me esforzaba por traer a la terapia proporcionaron una relación terapéutica involucrada --una relación que facilitó a Elizabeth valorar por primera vez en su vida su vulnerabilidad y sus necesidades. Al mismo tiempo, yo estaba facilitando que identificara y entendiera la conclusión inconsciente de guión "la vida es una búsqueda vana". Poner esta conclusión inconsciente en palabras se convirtió, durante varias sesiones, en algo importante para Elizabeth porque le otorgó sentido a sus anhelos, a su vacío y a la búsqueda de su madre. Poco a poco, se sintió lo suficientemente segura en nuestra relación terapéutica como para, finalmente, llorar por la pérdida de su madre y reconocer su rabia ante las críticas y la distancia emocional de su Padre. Su apariencia mejoró gradualmente con el tiempo. Periódicamente, se vestía con algo nuevo que le sentaba bien, y parecía más atractiva. Un día, en el quinto año de terapia, me sorprendió con un nuevo estilo de corte y color de pelo --era una forma adulta de reconfortarse a sí misma. Experimentó pidiéndole a su marido que hiciera cosas por ella y que fuera más afectivo. Como resultado, fue obteniendo una creciente intimidad con él. Ya no buscaba más a su madre por las calles de Nueva York, su búsqueda inconsciente de amor se había vuelto consciente. Elizabeth había aprendido a ser amada.

Implicación psicoterapéutica

Para los clientes que son similares a Elizabeth, la cura del guión necesita una psicoterapia relacional que aborde los afectos y la cognición, las necesidades evolutivas y las actuales, la transferencia de la vida cotidiana, el comportamiento y la fantasía, las reacciones fisiológicas y el mantenimiento de la salud, y las funciones psicológicas que perpetúan el constante refuerzo de las creencias de guión. A lo largo de la psicoterapia de Elizabeth me centré en muchos de sus intentos de evitación. Exploramos cómo cada interrupción de contacto interpersonal indicaba una interrupción significativa de contacto interno con sus sentimientos, sus sensaciones corporales, sus necesidades, sus recuerdos o sus anhelos. Mi implicación terapéutica incluyó la identificación de cuándo y cómo en algunos momentos yo tenía falta de sintonía con ella. Se sorprendía cuando yo asumía la responsabilidad de mis errores terapéuticos (Guistolise 1997). Tanto el contenido como el afecto de mi comunicación provocaban reacciones de yuxtaposición por el modo en que su padre se había relacionado con ella (Erskine 1993).

Mi impresión inicial de Elizabeth como niña abandonada y no amada, y sus descripciones de la relación con su marido, son sólo dos ejemplos de la comunicación inconsciente de un Guión de Vida reflejado a través de las transferencias de la vida cotidiana. Su marido representaba la anhelada madre buena que hacía la compra y cocinaba, sin hacer además demandas sexuales. Durante las primeras fases de la psicoterapia no parecía haber ninguna transferencia conmigo. No se molestaba cuando yo me marchaba de viaje. Sin embargo, ¡esa aparente ausencia de transferencia era la transferencia! La evitación del contacto interpersonal de Elizabeth conmigo era una repetición de cómo se había enfrentado a los sentimientos, a las necesidades relacionales y el diálogo sustancial que estaban ausentes en la relación con su padre. Elizabeth necesitaba un psicoterapeuta implicado que fuera sensible, auténtico y que estuviera plenamente presente.

En una psicoterapia relacional e integrativa es necesario que el psicoterapeuta proporcione una continua indagación sobre la experiencia fenomenológica del cliente acerca de las relaciones de dependencia en cada fase evolutiva. Esto incluye la influencia de los padres, familiares, maestros y compañeros, en la formación de sus patrones relacionales y de las creencias de guión. Esta útil indagación fenomenológica sólo puede darse en la terapia dentro de un ambiente de sintonía sostenida al ritmo, al afecto, al nivel de desarrollo evolutivo de funcionamiento, al estilo cognitivo y a las necesidades relacionales

del cliente. En el caso de Elizabeth, el padre no había reconocido ni validado su dolor por la pérdida de su madre. No había entablado conversaciones, ni gestos de consuelo, por lo que Elizabeth no había podido resolver su duelo ni conservar recuerdos preciosos de su madre. Las fotos habían sido destruidas y no existía ninguna relación con la familia de la madre. Como resultado de no reconocer la relación madre-hija y el duelo que había provocado la pérdida de esa relación, Elizabeth carecía de memoria consciente sobre todo lo referente a su madre. Durante la psicoterapia, yo continuamente sacaba el tema de la ausencia de su madre y le preguntaba acerca de su duelo y de las oportunidades perdidas entre madre e hija. A menudo le explicaba lo que una chica que va creciendo necesita de una madre y entonces indagaba más acerca de sus sentimientos, sensaciones corporales, asociaciones y fantasías. Empezamos a co-crear una narración sobre la historia de su vida previamente inconsciente y no contada --una historia que se había actuado en la búsqueda del rostro de la madre.

Conclusión

En la psicoterapia del Guión de Vida, es importante que el psicoterapeuta comprenda y valore que los Guiones de Vida son un intento desesperado y creativo de autorregularse y poder gestionar y ajustarse ante los errores que habían tenido lugar en las relaciones significativas y dependientes durante toda la vida. Los guiones son una forma de autoprotección para compensar lo que se echaba de menos, y todavía puede echarse de menos en las relaciones, al tiempo que se garantiza una apariencia de relación. El proceso de formación del guión es relacionamente interactivo y personalmente creativo --una asimilación y una acomodación (Piaget 1954) a las negligencias, las falta de sintonía, las exigencias relacionales, o incluso a las demandas de los otros significativos (Block 1982). Se trata de una generalización de experiencias concretas y de una anticipación inconsciente de que estas experiencias generalizadas se repetirán a lo largo de la vida.

La psicoterapia del Guión de Vida requiere una comprensión y una valoración del temperamento único de cada individuo, así como de estos ajustes creativos, estilos de afrontamiento y de adaptación, y de las interrupciones internas y externas de contacto resultantes. La sensibilidad del psicoterapeuta y la comprensión de las reacciones fisiológicas de supervivencia, de las conclusiones es experienciales inconscientes, de las interrupciones de contacto y de la naturaleza relacional única de la intervención terapéutica, son esenciales para una psicoterapia profunda que se centra en la resolución de los patrones relacionales

arcaicos, de los trastornos relacionales actuales y de los sistemas fijados de organización psicológica.

En una terapia relacional de integrativa es necesario que el psicoterapeuta proporcione una continua indagación en la experiencia fenomenológica del cliente sobre cada una de sus relaciones evolutivas de dependencia, que incluyen la influencia de los padres, los miembros de la familia, los profesores y los compañeros, para conformar sus patrones relacionales y sus creencias de guión. Tal indagación fenomenológica, terapéuticamente útil, sólo puede tener lugar en una atmósfera de sintonía sostenida del terapeuta a los afectos, ritmo, nivel de funcionamiento evolutivo, estilo cognitivo y necesidades relacionales del cliente.

Una psicoterapia relacional efectiva incluye el reconocimiento, por parte del terapeuta, de las experiencias psicológicas del cliente, así como la validación de sus afectos y de sus intentos por dar sentido a lo vivido. Incluye también la normalización de las tentativas evolutivas del cliente por adaptarse y lidiar con la familia, y con los factores de estrés de la escuela, y, además, ofrece una presencia interesada, cuidadosa y comprometida de una persona auténtica que comunica al cliente que es apreciado y valorado.

La cura del guión es la meta principal de una Psicoterapia Integrativa. La cura del guión es, asimismo, el resultado de la integración del afecto, la cognición y la fisiología, para que estos aspectos tan importantes de la vida de una persona estén disponibles a la conciencia y para que la conducta, la salud y las relaciones sea finalmente el resultado de una elección flexible en lugar de ser resultado de una compulsión o una inhibición.

Las personas que ya lo están funcionando en un Guión de Vida restrictivo declaran que tienen la capacidad de expresarse con pleno contacto en una relación, internamente se encuentran estables a nivel emocional porque están liberadas de una predeterminada y restrictiva creencia del guión, y además son conscientes de sus necesidades actuales en las relaciones. Tienen una sensación de autodefinición, de capacidad para la gestión de sus acciones y de autenticidad, su conducta es tanto contextual como sensible a las necesidades relacionales de otras personas. Interpersonalmente, son detallistas, afables, curiosos, atentos y entrañables.

Los guiones formados por una composición de reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas, fracasos relacionales, negligencias y falta de sintonía prolongada, requieren una psicoterapia donde la relación terapéutica sea central y evidente a través del respeto, la fiabilidad y la

confianza de una persona auténtica, involucrada, cuidadosa y cualificada. Estos Guiones de Vida son el resultado de fracasos acumulativos en las relaciones significativas de dependencia y, por lo tanto, *es necesaria una psicoterapia relacional involucrada para la cura del guión.*

Posdata. Una descripción detallada de la filosofía, la perspectiva terapéutica, la ética y los métodos de una psicoterapia relacional e integrativa adecuada para facilitar una cura de estos tenaces Guiones de Vida se describe en: *Psicoterapia Integrativa en Acción* (Erskine & Moursund, 1988/1998), *Más allá de la empatía: Una terapia de contacto en las relaciones* (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999) y *Psicoterapia integrativa: el arte y la ciencia de las relaciones* (Moursund y Erskine, 2004).

Biografía: Richard G. Erskine, Ph.D., is the Training Director at the Institute for Integrative Psychotherapy in New York City and Visiting Professor of Psychotherapy at the University of Derby, UK. He is a licensed Psychoanalyst and Clinical Psychologist, certified Transactional Analysis Trainer and Supervisor and a Gestalt therapist. Richard has twice been a co-recipient of the Eric Berne Scientific/Memorial Award for his development of the theory and methods of Transactional Analysis.

Copyright. Richard G. Erskine, Ph.D. and the Institute for Integrative Psychotherapy, New York, NY. September 22, 2007.

References

- Allen, J. R., & Allen, B. A. (1972). Scripts: The role of permission. *Transactional Analysis Journal*, 2, 72-74.
- Andrews, J. (1988). Self-confirmation theory: A paradigm for psychotherapy integration. Part I. Content analysis of therapeutic styles. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7(4), 359-384.
- Andrews, J. (1989). Self-confirmation theory: A paradigm for psychotherapy integration. Part II. Integrative scripting of therapy transcripts. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8(1), 23-40.
- Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Atheneum.
- Arlow, J. (1969a). Unconscious fantasy and disturbances of conscious experience. *Psychoanalytic Quarterly*, 38, 1-27.
- Arlow, J. (1969b). Fantasy, memory, and reality testing. *Psychoanalytic Quarterly*, 38, 28-51.
- Basch, M. (1988). *Understanding Psychotherapy: The Science Behind the Art*. New York: Basic Books.
- Beebe, B. (2005). Mother-infant research informs mother-infant treatment. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60: 7-46.
- Beitman, B.D. (1992). Integration through fundamental similarities and useful differences among the schools. In: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp.202-230). New York: Basic Books.

- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1972). *What do You Say After You Say Hello?: The Psychology of Human Destiny*. New York: Grove Press.
- Block, J. (1982). Assimilation, accommodation, and the dynamics of personality development. *Child Development*, 53: 281-295.
- Bloom, S. L. (1997). *Creating Sanctuary: Towards the Evolution of Sane Societies*. New York & London: Routledge.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. Volume 1 of *Attachment and Loss*. NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973) *Separation: Anxiety and Anger*. Volume II of *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression*. Volume III of *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137-158.
- Bucci, W. (2001). Pathways to emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21: 40-70.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York & London: W.W. Norton & Company.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. NY: Harcourt Brace.
- English F. (1972). Sleepy, spunky and spooky. *Transactional Analysis Journal*, 2, 64-73.
- Erskine, R. G. (1974/1997). Therapeutic intervention: Disconnecting rubberbands. In: R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 172-173). San Francisco: TA Press. (Original work published 1974. *Transactional Analysis Journal*, 4: 7-8.
- Erskine, R. G. (1980/1997). Script cure: Behavioral, intrapsychic and physiological. In: R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 151-155). San Francisco: TA Press. (Original work published 1980. *Transactional Analysis Journal*, 10: 102-106).
- Erskine, R. G. (1988/1997). Ego structure, intrapsychic function, and defense mechanisms: A commentary on Eric Berne's original theoretical concepts. In: R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 109-115). San Francisco: TA Press. (Original work published *Transactional Analysis Journal*, 18, 15-19).
- Erskine, R. G. (1993/1997). Inquiry, attunement and involvement in the psychotherapy of dissociation. In: R.G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of Selected articles* (pp. 37-45). San Francisco: TA Press. (Original work published 1993. *Transactional Analysis Journal*, 23: 185-190).
- Erskine, R. G. (1994/1997). Shame and self-righteousness: Transactional Analysis perspectives and clinical interventions. In: R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 46-67). San Francisco: TA Press. (Original work published 1994. *Transactional Analysis Journal*, 24: 86-102.
- Erskine, R. G. (1998). Attunement and involvement: therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy*, 3:235-244.
- Erskine, R. G. (2003). Introjection, psychic presence and the Parent ego state: Considerations for psychotherapy. In: C. Sills & H. Hargaden (Eds.), *Ego States: Key concepts in transactional analysis contemporary views* (pp. 83-108). London: Worth Publishing.
- Erskine, R.G. (2008). Psychotherapy of unconscious experience. *Transactional Analysis Journal*, 38: 128-138.
- Erskine, R. G., & Moursund, J. P. (1988). *Integrative Psychotherapy in Action*. Newbury Park, CA. & London: Sage Publications. (Reprinted in paperback 1998, Gestalt Journal Press, Highland, NY.)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P., & Trautmann, R.L. (1999). *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1996/1997). Methods of an integrative psychotherapy. In: R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected*

- articles (pp. 20-36). San Francisco: TA Press. (Original work published 1996, *Transactional Analysis Journal*, 26: 316-338).
- Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (2003). Resolving intrapsychic conflict: Psychotherapy of Parent ego states. In: C. Sills & H. Hargaden (Eds.), *Ego States: Key concepts in transactional analysis contemporary views* (pp.109-134). London: Worth Publishing.
- Erskine, R. G., & Zalcman, M. J. (1979/1997). The racket system: A model for racket analysis. In: R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 156-165). San Francisco: TA Press. (Original work published 1979. *Transactional Analysis Journal*, 9: 51-59).
- Fiel, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C., Yando, R.. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17, 150-151.
- Fosshage, J.L. (2005). The explicit and implicit domains of psychoanalytic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 25 (24), 516-539.
- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. In: J. Strachey (Ed. And Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97-108). London: Hogarth Press. (Original work published 1912).
- Freud, S. (1923/1961). Beyond the pleasure principle. In: J. Starchey (Ed. And Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 3-64). London: Hogarth Press. (Original work published 1923).
- Goulding, M. M., & Goulding, R. L. (1979). *Changing Lives Through Redecision Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Goulding, R., & Goulding, M. (1978). *The Power is in the Patient*. San Francisco: TA Press.
- Guistolese, P. (1997). Failures in the therapeutic relationship: Inevitable and necessary? *Transactional Analysis Journal*, 4, 284-288.
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs. Vol. 1. A Theory of Personality*. New York: Norton.
- Khan, M. N. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.
- Kihlstrom, J. F. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. In K.S. Bowers & D. Meichenbaum (Eds.), *The unconscious reconsidered* (pp. 149-210). New York: Wiley.
- Langs, R. (1976). *The Therapeutic Intervention: Vol. 11. A Critical Overview and Synthesis*. New York: Jason Aronson.
- LeDoux, J.E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 270: 50-57.
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science*. New York: Harper & Brothers.
- Lourie, J. (1996). Cumulative trauma: The nonproblem problem. *Transactional Analysis Journal*, 26, 276-283.
- Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., & Grunebaum, H.U. (1986). The depressed mother and her one-year-old infant: Environment, interaction, attachment, and infant development. In: E. Z. Tronick & T. Field (Eds.), *Maternal depression and infant disturbance. New directions for child development* (pp. 61-81). San Francisco: Josey-Bass.
- Moursund, J. P., & Erskine, R. G. (2004). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Pacific Grove, CA: Thomson: Brooks/Cole.
- Perls, F.S. (1944). *Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method*. Durban, South Africa: Knox Publishing.
- Perls, L. (1978). An oral history of Gestalt Therapy, Part 1: A conversation with Laura Perls, by Edward Rosenfeld, *The Gestalt Journal* 1(1), 8-31.
- Perls, F. S., & Baumgardner, P. (1975). *Legacy from Fritz: Gifts from Lake Cowichan*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Julian Press.
- Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in the Child*. NY: Basic Books.
- Redecision Therapy: featuring Bob Goulding, MD & Mary Goulding, MSW* (1987). San Francisco: International Transactional Analysis Association, 110 minute video.

- Slap, J. (1987). Implication for the structural model of Freud's assumptions about perception. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 629-645.
- Steiner, C. (1971). *Games Alcoholics Play*. NY: Ballantine Books.
- Stolorow, R., & Atwood, G. (1989). The unconscious and unconscious fantasy: An intersubjective developmental perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 364-374.
- Stuntz, E.C. (1972). Second order structure of the parent. *Transactional Analysis Journal*, 2: 59-61.
- Thelen, E., & Smith, L. (1994). *A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Trautmann, R. L. & Erskine, R. G. (1999). A matrix of relationships: Acceptance speech for the 1998 Eric Berne Memorial Award, *Transactional Analysis Journal*, 29:14-17.
- Tronick, E. Z., & Gianino, A. F., Jr. (1986). The transmission of maternal disturbance to the infant. In: E.Z. Tronick & T. Field (Eds.), *New directions for child development: Vol. 34. Maternal depression and infant disturbance* (pp. 5-11). San Francisco: Jossey-Bass.
- Van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1: 253-265.
- Weinberg, M K., & Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 2), 53-61.
- Woolams, S. J. (1973). Formation of the script. *Transactional Analysis Journal*, 3: 31-37.