



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.

Psicoterapia de la Experiencia Inconsciente

Richard G. Erskine

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

Resumen

Freud definió el inconsciente como resultado de la represión. Sin embargo, hallazgos recientes en neurología y psicología del desarrollo indican que la experiencia inconsciente puede estar compuesta de formas de memoria presimbólica, subsimbólica, implícita y procedimental, además de ser el resultado de un trauma. En este artículo, la verbalización preverbal, nunca verbalizada, no reconocida, sin memoria y evitada son categorías de experiencia inconsciente que se utilizan para describir dos casos de psicoterapia. Se sugieren cinco patrones prerreflexivos --estilo de apego, autorregulación, necesidades relacionales, creencias de guión e introyección-- como una forma de organizar la planificación del tratamiento. Se describe una psicoterapia relacional e integrativa profunda para el tratamiento de la experiencia inconsciente.

El planteamiento teórico de Sigmund Freud de que el inconsciente determina la motivación y la conducta, fue revolucionario en su época. Hoy en día ese mismo planteamiento teórico puede ser igualmente preciso para comprender la motivación y la conducta. Pero las conceptualizaciones contemporáneas de las dinámicas de la experiencia «inconsciente» han cambiado el foco de atención, han dado un giro desde un énfasis en la represión defensiva hacia una perspectiva neurológica y evolutiva. En respuesta a la investigación neurológica actual y a la teoría psicológica contemporánea, ya no creo que la dinámica inconsciente esté formada exclusivamente en base a la represión defensiva, más bien la considero como una expresión del procesamiento evolutivo y neurológico de experiencias significativas (Bucci 1997; Fosshage 2005; Howell 2005; Kihlstrom 1984; Lyons-Ruth 1999; Orange, Atwood y Storolow 1997; Siegel 2003).

Freud postuló que «el inconsciente» era como una cámara acorazada de la mente donde se almacenaban y se olvidaban experiencias emocionalmente conflictivas. Tal «inconsciente dinámico» era el resultado de la actividad defensiva de la represión (Freud 1900a, 1915e). Ian Suttie (1935), uno de los primeros psicoanalistas teóricos de las relaciones objetales, describió dicha represión como un «proceso totalmente inconsciente» y lo distinguió de la «supresión», que es una reacción consciente a la coerción (ibíd. 97). Con la represión, las experiencias cargadas de afecto particularmente incómodas, o las experiencias traumáticas del *self* con otras personas son psicológicamente evitadas para no hacerse conscientes. Otras reacciones autoprotectoras y defensivas --tales como la desensibilización, la negación, la disociación y la escisión psicológica-- pueden acompañar y reforzar la represión.

Al trabajar con varios clientes en psicoterapia, especialmente con aquellos que han experimentado trauma agudo o trauma acumulativo, me resultó evidente que determinados recuerdos, fantasías, sentimientos y reacciones físicas pueden ser reprimidos porque podrían traer a la consciencia experiencias de relaciones en las cuales las necesidades físicas y las necesidades relacionales habían quedado insatisfechas reiteradamente, y los afectos asociados no se habían podido integrar porque hubo (hay) un fallo en la respuesta sintonizada por parte de la otra persona significativa (Erskine 1993; Erskine, Moursund y Trautmann 1999; Lourie 1996; Storolow y Atwood 1989; Wallin 2007).

Cuando Winnicott (1974) escribió acerca del «miedo al colapso» de los clientes y su potencial regresión a una experiencia infantil con carga emocional, partía de una teoría psicoanalítica clásica que postulaba que el inconsciente dinámico está compuesto de energía reprimida y de experiencias conflictivas.

Describió el inconsciente como la inhabilidad del ego para abarcar experiencias emocionales intensas. A la luz de los descubrimientos actuales en neurología y desarrollo infantil, la premisa de Winnicott sobre la formación de la experiencia inconsciente parece acertada. Ahora es evidente que la corteza frontal del cerebro a veces no puede procesar reacciones intensas emocionales y psicológicas que están teniendo lugar en la formación reticular ascendente (Cozolino 2006; Damasio 1999; Siegel 2007) y la conciencia es directamente el resultado de la habilidad del cerebro para simbolizar la experiencia (Bucci 2001; Lyons-Ruth 2000).

La teoría de la terapia Gestalt (Perls, Hefferline y Goodman 1951) prescindió del concepto psicoanalítico «inconsciente» y lo reemplazó por el concepto «pérdida de la conciencia». En la terapia Gestalt, «el inconsciente» se convierte en un proceso, más que un espacio de la mente. Una pérdida de la conciencia en una persona es el resultado de tener percepciones fijadas (gestalts) que inhiben o impiden modos alternativos de percibir la experiencia. La pérdida de conciencia es mantenida por los mecanismos de interrupción del contacto de retroflexión, confluencia, introyección, proyección y egotismo. La terapia Gestalt postula que a través de la integración de la conciencia del aquí-y-ahora, las gestalts fijadas se disuelven y la persona se vuelve consciente de su experiencia actual.

Aunque la mayoría de publicaciones de Análisis Transaccional no trata el inconsciente *per se*, Berne hizo varias referencias al proceso inconsciente con muy poca alusión al término o concepto de «inconsciente». En su conceptualización original de los Estados del Yo, tanto la formación como la influencia de los Estados del Yo Padre y Niño no son conscientes para el Estado del Yo Adulto (1961). Adoptó el concepto psicoanalítico inconsciente pero cambió la terminología. En sus artículos sobre catexis psicológica, se refirió al inconsciente, al subconsciente y al consciente como energía atada, energía desatada y energía libre. En la metáfora del «mono en el árbol», está claro que la descripción de Berne de la energía atada se refería a la experiencia emocional que está confinada y excluida de la conciencia, similar a la represión de Freud. La energía desatada aludía a la experiencia que es subconsciente o preconsciente y que, con el estímulo correcto, se encuentra disponible a la conciencia. Y la energía libre hace referencia a la experiencia que es consciente (ibíd. 40-41).

En la descripción de Berne sobre las transacciones ulteriores, se refirió a ellas como procedentes del nivel psicológico más que del nivel social. En el caso de las transacciones ulteriores de los Estados del Yo Padre y Niño, el Estado del Yo Adulto del individuo podría no ser consciente de la comunicación psicológica --

una comunicación desconocida o inconsciente. Aquí, el nivel psicológico parece equipararse al inconsciente (ibíd. 103-105, 124). Tal vez los ejemplos más claros sobre el proceso inconsciente en los textos de Berne se encuentran en su descripción del protocolo de guión y del palimpsesto. El protocolo de guión y el palimpsesto hacen referencia a las formas pre-simbólicas, sub-simbólicas y procedimentales de la memoria que conforman los patrones relacionales inconscientes y las conclusiones experienciales implícitas que constituyen el núcleo del Guión de Vida (ibíd. 116-126)

Berne abordó específicamente la experiencia inconsciente en su descripción de los «juicios primarios» e «imágenes primarias» del cliente: «Parece que los juicios más importantes e influyentes que los seres humanos establecen sobre sí mismos, son el producto de procesos pre-verbales --cognición sin *insight*-- que funcionan de manera casi automática por debajo del nivel de la conciencia» (1955. 72). Continuó describiendo los procesos los simbólicos --no verbales del terapeuta en conexión con la experiencia inconsciente de la experiencia del cliente y se refirió a ella como «imagen del yo» del terapeuta-- la imagen que el psicoterapeuta tienen en su mente cuando visualiza al niño atribulado que el cliente fue en el pasado (1957b). Berne también utilizó el término «intuición» para describir la conexión inconsciente del terapeuta con la comunicación inconsciente del cliente: «la intuición es el conocimiento subconsciente sin palabras, basado en observaciones subconscientes sin palabras» (1947. 35).

Rogers (1951) enfatizó la importancia de la empatía --sentir lo que el cliente siente-- como una forma no verbal, aunque significativa, de conectarse con la comunicación inconsciente del cliente. Reik (1948) y Heimann (1950) fueron dos de los primeros escritores psicoanalíticos que enfatizaron la respuesta emocional del psicoterapeuta al cliente como uno de los instrumentos más importantes de estudio sobre la experiencia inconsciente del cliente. Más tarde, Kohut (1977) describió la empatía como una introspección vicaria, como una manera de conocer los procesos de pensamiento inconsciente del cliente imaginando estar en su experiencia relacional y afectiva. En los últimos años, la literatura sobre Análisis Transaccional se ha enfocado cada vez más en la importancia de los procesos inconscientes tanto del cliente como del terapeuta, centrales en la relación terapéutica (Erskine y Trautmann 1996; Hargaden y Sills 2002; Novellino 1984, 2003).

Psicoterapia profunda

Cuando existe un contrato psicoterapéutico para hacer psicoterapia profunda orientada a un cambio esencial en el guión del cliente, a la desconfusión y resolución de los conflictos del Estado del Yo Niño, y a la desactivación de la influencia del Estado del Yo Padre, el objetivo terapéutico es facilitar la conciencia de lo que ha permanecido inconsciente. Esto implica traer a la consciencia del cliente los recuerdos, los sentimientos, los pensamientos, las sensaciones y las asociaciones que fueron previamente no conscientes. Tal recuperación de la conciencia permite al cliente darse cuenta de su motivación, historia personal, mecanismos de afrontamiento y necesidades relacionales, proporcionando así la oportunidad de que el comportamiento sea determinado por una elección actual en vez de estar predeterminado por compulsión, miedo o por una obediencia programada.

En la práctica de la psicoterapia profunda, creo que es fundamental tener en cuenta que los recuerdos concretos de experiencias, relaciones, sentimientos o fantasías, pueden ser activamente reprimidos porque traen a la conciencia conflictos emocionales dolorosos provenientes de las relaciones y de las necesidades insatisfechas. Esto concuerda con la premisa original de Freud. Semejante funcionamiento inconsciente es mantenido por la negación cognitiva, la des apropiación emocional, la desensibilización fisiológica, la disociación psicológica y la distancia esquizoide. Estas interrupciones del contacto auto-protectoras y defensivas contribuyen a la elaboración y al mantenimiento de la experiencia inconsciente. Sin embargo, la experiencia que es inconsciente no es sólo el resultado de defensas psicológicas. La experiencia que es inconsciente puede también resultar de una reacción fisiológica de supervivencia en respuesta a un trauma o puede reflejar niveles de funcionamiento evolutivo fijados. El trauma puede ser definido como la intensa sobre-estimulación de la amígdala y del sistema límbico del cerebro, de manera que los centros psicológicos del cerebro son activados en la dirección de huir, paralizarse o luchar. Hay poca estimulación en la corteza frontal o poca integración con el cuerpo calloso, por lo que el pensamiento, la secuencia temporal, el lenguaje, los conceptos, la narrativa y la capacidad para calcular causa y efecto no están formados (Cozolino 2006; Damasio 1999; Howell 2005). A menudo, dicho trauma da lugar a la disociación y/o al aislamiento esquizoide (Erskine 2001a).

La experiencia puede ser inconsciente porque ambos, el trauma severo y la negligencia prolongada, no son grabados como memoria explícita ni simbólica sino que son grabados como reacciones fisiológicas de supervivencia, afectos intensos

e indiferenciados, memoria subsimbólica, memoria implícita y memoria procedimental de patrones relacionales que pueden llegar a manifestarse como evitación, ambivalencia o agresión (Wallin 2007). La mayoría de lo que coloquialmente llamamos «inconsciente», puede describirse mejor como pre-simbólico, subsimbólico, simbólico no verbal, implícito o expresiones procedimentales de experiencias de la infancia temprana que son formas significativas de la memoria (Bucci 2001; Kihlstrom 1984; Lyons-Ruth 2000; Schacter y Buckner 1998). Estas formas de memoria no son conscientes, ya que no se trasponen al pensamiento, al concepto, al lenguaje o a la narrativa. Tales memorias subsimbólicas o implícitas son fenomenológicamente comunicadas a través de tensiones fisiológicas, afectos indiferenciados, anhelos y repulsiones, tono de voz y patrones relacionales que pueden estimular resonancias fisiológicas y afectivas en el psicoterapeuta. La diada transferencia-contratransferencia es un desarrollo inconsciente de dos historias vitales intersubjetivas y un abanico de oportunidades hacia la experiencia inconsciente de ambos, cliente y terapeuta.

Es nuestra labor como psicoterapeutas estar en sintonía con los afectos, el ritmo, el nivel de funcionamiento evolutivo y con las necesidades relacionales del cliente mientras indagamos en su experiencia fenomenológica. La indagación fenomenológica otorga al cliente la oportunidad de exponer sus recuerdos, afectiva y fisiológicamente cargados, en un diálogo con una persona interesada e implicada --quizás por primera vez. Lo que nunca fue «consciente», tiene ahora una oportunidad de volverse consciente a través de una relación terapéutica comprometida.

Me parece importante pensar no sólo en términos de proceso inconsciente como un reflejo del trauma o de la represión, sino también pensar evolutivamente. En general, conceptualizo la memoria sub-simbólica o la implícita como compuesta por seis niveles evolutivos y experienciales: preverbal, nunca verbalizado, nunca reconocido en la familia, carente de recuerdo, verbalización evitada activamente y patrones relacionales pre-reflexivos. Describiré brevemente cada forma de memoria sub-simbólica e implícita, pero primero, quiero ofrecer el ejemplo de un caso que ilustra cómo la memoria arcaica e inconsciente se transforma en consciente a través de una relación terapéutica con implicación.

El trauma acumulativo de Kay

Kay era una mujer de 54 años de edad que trabajaba como contable. Vino a psicoterapia por un profundo sentimiento de soledad y también por una sensación

de rabia hacia las personas que ella percibía como controladoras. Nunca se había casado y nunca había tenido novio, aunque en el instituto y en la universidad se había sentido secretamente atraída hacia algunos jóvenes. Había estado en terapia con dos terapeutas anteriores. El primer terapeuta le había ayudado a establecer algunas metas educativas y profesionales y a conseguir un buen trabajo, mientras que la segunda terapia había terminado de forma «desastrosa» porque había percibido al terapeuta como «controlador» y «confrontativo».

En nuestras primeras sesiones, se mostraba muy comunicativa cuando se trataban los acontecimientos actuales, pero se sumía en el silencio cuando yo indagaba en sus experiencias fenomenológicas tales como sentimientos, sensaciones físicas, fantasías o esperanzas. Yo trataba de conectar con su profundo sentimiento de soledad, al que ella con frecuencia hacía una referencia sutil, pero siempre se las arreglaba para distraerme hablando de lo que decían las noticias o de la situación en su trabajo. Las transferencias obvias conmigo entrañaban su constante temor a que la abandonará y su constante anticipación de que me volvería controlador. Kay desconfiaba de mi indagación fenomenológica. Parecía carecer de los conceptos o, incluso del vocabulario, para describir sus sentimientos y su experiencia interna. Sólo tenía vagos recuerdos de su infancia temprana y de sus años escolares y la mayoría de esos recuerdos se centraban en las actividades religiosas de su familia.

En el segundo año de terapia, se produjo un acontecimiento extraordinario cuando una araña descendió lentamente del techo en un largo hilo plateado y luego procedió a subir de nuevo y a bajar una y otra vez. Reaccionó con la ilusión y la fascinación de una niña pequeña, y pude sentirme emocionalmente conmovido en resonancia con su entusiasmo por las actividades de la araña. Pero a los quince minutos aproximadamente se volvió distante y se quedó en silencio. Mientras yo me ajustaba a su ritmo pausado y a su distancia psíquica, comentó que, desde que estuvo en el hospital, siempre le habían gustado las arañas. Me sorprendí, porque en nuestra entrevista inicial y en nuestras sesiones de terapia durante los años previos, en ningún momento había mencionado su estancia en un hospital. Kay nunca había pensado en contarme a mí, ni a los dos terapeutas anteriores, que pasó dos años de recuperación por la polio en un «pulmón de acero» cuando tenía entre dos y cuatro años de edad. Cuando me enteré de sus dos años de hospitalización, mi corazón se compadeció de ella. En las siguientes sesiones, a menudo me imaginaba sacando a esa niña del «pulmón de acero» y sosteniéndola en mis brazos. Muchas veces Kay describía como su única “amiga” durante ese largo tiempo había sido una araña que había tejido su telaraña en el techo, por encima del «pulmón de acero», muy lejos de su alcance. Se entretenía

durante horas con sus movimientos, y yo pasaba horas en sintonía con la importancia de esa araña en la vida de esta niña pequeña.

Más tarde, en medio de largos silencios, Kay habló de cómo las enfermeras entraban, la sacudían y la pinchaban y de cómo odiaba ser manipulada por ellas. Antes de cada sesión, me encontraba a mí mismo deseando hablar con esa pequeña que estaba en el “pulmón de acero”. Lloramos juntos por su soledad. Me tome en serio su rabia cuando ella describía ser una «prisionera». Kay habló de cómo pasaba las horas del día mirando un reloj del gran hospital marcando los segundos. En varias sesiones, describió como la segunda manecilla producía un tic tac diferente hacia abajo (de doce a seis) que cuando el tic tac iba hacia arriba (de seis a doce). Con el tiempo, recordó que se imaginaba las manecillas del reloj extendiéndose desde la pared para acariciarle la cabeza y la cara.

A medida que la terapia avanzaba, ella se volvió menos descriptiva verbalmente sobre la experiencia del hospital y no parecía disponer del vocabulario necesario para expresar sus sentimientos ni sus necesidades. Hubo muchos períodos de silencio y de tristeza. Me sentaba cerca de ella donde podíamos tener contacto y juntar nuestros dedos. Con el contacto dedo a dedo parecía más viva. Jugábamos al juego de la arañita pequeña con los dedos una y otra vez. Reíamos juntos con nuestras tonterías. Después ella lloraba al experimentar la yuxtaposición entre nuestra alegría y sus años de soledad.

Kay usaba con frecuencia sus dedos y los músculos de la cara para describir la agonía de estar confinada en el «pulmón de acero». Ella se enfurecía conmigo en silencio a través de sus expresiones faciales y con los gestos de sus manos cuando yo no podía seguir su ritmo o cuando no respondía con los afectos apropiados. Me estaba contando de forma no verbal la historia de sus necesidades evolutivas, de su soledad y de su abandono. Juntos co-creamos una narrativa verbal y no-verbal de experiencias entre los dos y los cuatro años de edad. Mi implicación terapéutica consistió en validar repetidamente su tristeza, su rabia y su vivencia de abandono como expresiones afectivas de acontecimientos reales. Desarrollamos un vocabulario y generamos un sentido para la experiencia fisiológica y afectiva de su trauma acumulativo. Normalizamos tanto sus necesidades evolutivas como sus necesidades actuales, y exploramos como ella podía satisfacer sus necesidades relacionales adultas con personas de su vida presente. Mi sensación de presencia personal se expresaba mediante la combinación de sintonía afectiva, rítmica y evolutiva que resultaba clave en nuestra relación. En los diez años de terapia transcurridos, Kay aún no ha establecido una relación romántica con un hombre pero ella dice que está

«enamorada de los niños» del hospital en el que participa como voluntaria tres veces por semana.

Formas de memoria inconsciente

Pre-verbal. La memoria de la infancia temprana es pre-simbólica y no lingüística. No está disponible a la consciencia a través del lenguaje porque la experiencia es pre-verbal. Dicha memoria puede ser expresada en patrones de autorregulación, reacciones emocionales, inhibiciones fisiológicas, y estilos de apego y de relaciones. Posteriormente en la vida, los patrones relacionales pre-verbales son experimentados, pero en general no se piensa en ellos. La sintonía del terapeuta a los afectos, al ritmo y al nivel de desarrollo evolutivo es esencial para formar una conexión emocional que facilite la comunicación de la experiencia pre-verbal. La historia del cliente puede ser expresada en actuaciones no verbales y/o creada por inferencia terapéutica. Esta es la situación habitual cuando se trata con la experiencia inconsciente, pero sentida, del cliente de ser un bebé, un niño pequeño o incluso en edad preescolar. Por ejemplo, en la terapia de Kay, la niña de tres a cuatro años de edad en el hospital se regresó a una edad pre-verbal mucho más temprana dónde sólo sus gestos físicos y el toque dedo a dedo podían expresar la agonía, la soledad, la irritación y el deseo de tener una relación. Ambos, mi atención constante mientras ella estaba en silencio y nuestro contacto dedo a dedo, permitieron que la memoria pre-verbal se expresara.

Nunca verbalizada. La memoria pre-simbólica y la implícita reflejan experiencias de la infancia que no fueron verbalizadas en la situación original. El niño podía haber tenido algún grado de lenguaje, como sustantivos y verbos, pero carecía de los conceptos para describir sentimientos y necesidades y/o no disponía de una persona receptiva que estuviera interesada, de manera que diera significado y sentido a la experiencia infantil. La narrativa de la experiencia del niño nunca fue configurada por qué no hubo una relación que fomentará la auto-expresión del niño y la formación de conceptos.

Cuando un niño tiene la oportunidad de hablar de su experiencia, cada experiencia adquiere un vocabulario y una descripción, se vuelve comprensible porque los conceptos están formados. Se vuelve consciente. Cuando hay ausencia de diálogo interpersonal, es menos probable que la experiencia se vuelva consciente o que se formen conceptos utilizables y un relato auto-expresivo. La indagación fenomenológica y la sintonía afectiva son dinámicas importantes para una persona que expresa su experiencia emocional. Un otro

sintonizado e interesado ayuda proporcionar un lenguaje dialógico que permita que la experiencia fenomenológica sea formada, expresada y que tenga sentido como memoria autobiográfica. En el caso de Kay, ella nunca le había contado a nadie, ni a sus amigos ni a sus anteriores terapeutas, su experiencia en el hospital. Juntos, nosotros co-creamos una historia que facilitó la conciencia y otorgó sentido a su nunca-verbalizada experiencia emocional previa.

No reconocida. Algunas experiencias evolutivas pueden ser inconscientes porque las emociones, los comportamientos o las necesidades relacionales del niño nunca fueron reconocidos dentro de la familia. Cuando no hay una conversación que otorgue sentido a las experiencias del niño, su experiencia queda sin lenguaje social. Cozolino (2006) describe los efectos, tanto del reconocimiento como de la falta de reconocimiento, en la experiencia infantil:

La preocupación parental y la curiosidad hacen que los niños se den cuenta de que tienen una experiencia interior propia. ... Cuando esta experiencia interior puede ser entendida, discutida y organizada a través de una narrativa co-construida, ésta queda disponible para una consideración consciente. ... Cuando a un niño se le deja en silencio debido a la inhabilidad parental para verbalizar la experiencia interna, el niño no desarrolla la capacidad para entender y manejar su propio mundo.... Cuando las interacciones verbales incluyen referencias a sensaciones, sentimientos, conductas y pensamientos, estas proveen un medio por el cual el cerebro de niño es capaz de integrar los diversos aspectos de la experiencia de un modo coherente (ibíd. 232).

La psicoterapia ofrece la oportunidad de abordar lo que nunca fue reconocido. Por ejemplo, los padres de Kay rezaban constantemente por su recuperación mientras estaba hospitalizada y, una vez en casa, agradecían continuamente a Dios que Kay no hubiera muerto. Pero nunca hablaron con ella de su experiencia hospitalaria de soledad, de agonía física y de miedo intenso. En el hospital no entabló apenas conversación con las enfermeras. Allí estaba sola con su experiencia. Como resultado, estas memorias no reconocidas dominaban inconscientemente su vida.

Si la araña no hubiese descendido del techo de mi consulta, posiblemente Kay nunca me habría hablado de su hospitalización. La araña brindó un momento especial y lleno de emoción en el que resoné con vitalidad con el entusiasmo de Kay, y luego, desde una tranquila paciencia, con su silencio y con su distanciamiento. Este fue un punto de inflexión crucial en nuestro trabajo terapéutico. Finalmente fui capaz de formar una imagen evolutiva (i.e., la «imagen

del yo» de Berne) de una niña hospitalizada y tal vez traumatizada, que me permitió comenzar a comunicarme tanto con la niña hospitalizada desde los dos a los cuatro años, como también con la pequeña que se había regresado a un estado emocional más infantil. Más tarde, cuando procesamos nuestro trabajo terapéutico sobre su experiencia regresiva, Kay me dijo que nunca le había hablado a nadie de su hospitalización porque había supuesto que «nadie estaría interesado» --una transferencia de la falta de reconocimiento de sus padres puesta en todos los demás, incluyendo los dos terapeutas.

Carente de recuerdo. La ausencia de recuerdos puede parecer inconsciente porque no se ha dado un contacto relacional significativo. Cuando no han tenido lugar experiencias relacionales importantes, es imposible ser consciente de ellas. Si la amabilidad, el respeto y la gentileza han estado ausentes, el cliente no tiene esos recuerdos; hay un vacío de experiencia. Esto es frecuentemente lo que ocurre en casos de negligencia infantil. Lourie (1996) describe la ausencia de memoria en clientes con trauma acumulativo, que refleja la carencia de cuidado vital y un caso omiso a las necesidades relacionales. La historia de Kay ilustra el «inconsciente» como carente de recuerdos --un toque reconfortante, la validación de sus necesidades afectivas, unas explicaciones clarificadoras y tener una compañía activa, todo esto faltó en los años que Kay estuvo hospitalizada. La yuxtaposición entre el contacto físico conmigo, mi validación, mis explicaciones y mi compañía, y la carencia de estos importantes elementos relacionales, estimularon su conciencia de aquello que estuvo ausente en su vida temprana y de que sus reacciones inconscientes de compensación ante la falta de conexiones relacionales dominaban su vida presente.

La historia de Kay refleja cuatro tipos de procesos inconscientes: lo nunca verbalizado, lo no reconocido, lo carente de recuerdo y la regresión a un período pre-verbal. En la psicoterapia de Kay, la resolución de su trauma acumulativo es también un ejemplo del terapeuta proporcionando una psicoterapia relacional que permite a las experiencias inconscientes previas volverse conscientes a través de una conexión intersubjetiva y afectiva. Durante muchos años, Kay vivió y exteriorizó recuerdos y diversas memorias inconscientes subsimbólicas e implícitas. El relato de su viaje terapéutico describe su toma de conciencia, pre-verbal y nunca verbalizada, sobre sus experiencias vividas. Ella no era consciente de las relaciones que nunca ocurrieron (carente de recuerdo), necesarias para un desarrollo sano, tales como la necesidad de contar con una persona fiable y consistente que respondiera a sus sentimientos y a sus necesidades. Parte de la psicoterapia estuvo orientada a ayudarle a reflexionar y a apreciar sus diferentes patrones relacionales arcaicos y sus conductas autorreguladoras como intentos de comunicar y buscar una reparación por las numerosas necesidades relacionales

no correspondidas. Junto con el concepto de Freud de inconsciente como resultado de la represión, mi perspectiva de la terapia incluye la posibilidad de que el cliente pueda tener experiencias evolutivas inconscientes y no expresadas que son pre-verbales, que nunca fueron verbalizadas ni reconocidas o que carecen de recuerdo --todo ello está en la base de los patrones relacionales fijados.

Verbalización evitada. Cuando la experiencia está activamente desprovista de diálogo, puede volverse inconsciente, o sea, no ser recordada como una serie de eventos específicos y no estar ya disponible para la narrativa. Esto es similar a la dinámica inconsciente de Freud (1915e), en donde las experiencias avergonzantes o la culpa pasan a ser inconscientes porque la persona se siente demasiado incómoda como para hablar con alguien sobre su experiencia. Por ejemplo, Andrew vino a terapia con una serie de obsesiones intensas, e incluso sintiendo vergüenza por obsesionarse. Me centré en varias dimensiones del tratamiento de la obsesión, incluyendo la comprensión de las funciones psicológicas, las creencias de guión y específicamente, las formas en que sus obsesiones eran un intento por contar una historia perdida pero importante. Exploramos como su vergüenza por obsesionarse era una evitación de un sentimiento más profundo de vergüenza. Con el tiempo, Andrew fue capaz de hablarme del maravilloso verano que había vivido a la edad de doce años. Su familia pasó el verano en una casa pequeña junto al lago, otro niño de su edad vivía cerca. Los dos niños empleaban el tiempo jugando a la pelota, nadando y montando en sus bicicletas. Pero la parte más emocionante del verano fue el juego sexual entre ellos. Exploraron mutuamente sus penes y se realizaron felaciones el uno al otro. A Andrew le encantó la experiencia sexual, y adoraba al otro chico a quien añoró intensamente cuando el verano se acabó. Se sentía demasiado asustado como para contarle a alguien su maravillosa experiencia sexual. Los dos chicos nunca hablaron de su juego sexual o de lo que sentían. Andrew se deleitaba silenciosamente en el placer, pero no podía decírselo a sus padres porque «mi padre me golpearía si se enterara y mi madre se pondría histérica». No se lo podía contar a las monjas o a los sacerdotes de la escuela porque sabía que «era un pecado». Y, muy importante, no les podía decir a ninguno de los niños lo que había vivido ese verano porque temía que le llamaran «homo». La emocionante historia de Andrew se mantuvo como un secreto durante veinticuatro años, un secreto incluso para el mismo. A pesar de todo, la narración activamente evitada de su historia se representaba en sus intensas y variadas obsesiones, obsesiones de las que se sentía profundamente avergonzado y que le distraían de la vergüenza impuesta por la sociedad acerca de su experiencia sexual.

Patrones pre-reflexivos. Muchas dinámicas psíquicas operan fuera de la conciencia del individuo. Son patrones pre-reflexivos del self-en-relación (Storolow y Atwood 1989). Los cinco patrones pre-reflexivos descritos aquí --estilo de apego, autorregulación, necesidades relacionales, creencias de guión e introyección-- no resultan claramente conscientes para la mayoría de los clientes en la etapa inicial de la psicoterapia, aunque a menudo hablan de sus creencias de guión, de su autorregulación y de sus reacciones ante las relaciones. Incluso llegan a ser inconscientes de la influencia dominante que tales patrones tienen en sus vidas. Un importante aspecto de la psicoterapia es crear la calidad de relación en el marco de la cual estos patrones pre-reflexivos puedan tornarse conscientes, comprendidos y vividos como una elección.

Los estilos de apego son formas procedimentales pre-simbólicas inconscientes de la memoria basados en patrones relacionales tempranos (Bowlby 1988a). En la psicoterapia profunda a menudo hablé con clientes sobre los estilos de apego desde los que se relacionan tanto conmigo como con otras personas significativas. Examinamos si sus relaciones son seguras, ambivalentes, evitativas, desorganizadas o aisladas, y exploramos las dinámicas familiares tempranas y las conclusiones experienciales implícitas que les llevaron a estos patrones. El conocimiento que tienen los clientes sobre los estilos de apego y sus recursos para construir relaciones significativas se convierten en un aspecto importante de nuestro diálogo. Por ejemplo, en la psicoterapia de Kay, con el tiempo, ella empezó a apreciar cómo se había formado su estilo de apego ambivalente y cómo lo estaba manteniendo en su vida adulta. El apego aislado de Andrew era compensado con varios tipos de obsesión. Al final, fue capaz de identificar como cada obsesión creaba aislamiento en la relaciones.

Las personas, con frecuencia, no son conscientes de sus patrones de auto-estabilización y autorregulación que se desarrollaron para reducir afectos intensos. Los clientes normalmente establecen gestos concretos, comportamientos repetitivos o creencias de guión para calmar reacciones emocionales sobre-estimulantes ante la ausencia de relaciones satisfactorias. Es imprescindible que el psicoterapeuta finalmente traiga a la conciencia del cliente estos patrones auto-reguladores e investigue qué es lo que está pasando fenomenológicamente en su interior como respuesta a la relación terapéutica, o en su memoria en los momentos previos a la acción autorreguladora. Dichos comportamientos pueden adoptar formas tales como la de acariciarse el pelo, retorcerse las manos o terminar las frases con «¿sabes?».

El lenguaje corporal es un importante transmisor de comunicación inconsciente, por lo tanto, es esencial en psicoterapia centrarse en que los clientes

se den cuenta de la comunicación inherente a sus movimientos físicos, gestos y posturas. Por ejemplo, me llevo casi dos años percatarme de que el movimiento constante de dedos contra dedos de Kay en un intento inconsciente de contar la historia del abandono emocional y físico. En el caso de Andrew, durante un momento, pero de manera frecuente, me apartaba la vista para regular sus afectos cuando el contacto entre nosotros se volvía intenso. Juntos aprendimos a usar estos momentos de retraimiento auto-confortante para comprender su sensación de aislamiento y mi falta de sintonía.

El concepto de necesidades relacionales (Erskine y Trautmann 1996) no es por lo general consciente en la mayoría de los clientes. La falta de satisfacción de las necesidades relacionales se expresa como nerviosismo, irritación, preocupación o malestar prolongado. Tales sensaciones conforman las interacciones o la evitación de interacciones con las personas. Las necesidades relacionales son dinámicas inherentes, aunque con frecuencia inconscientes, en la transferencia de la vida cotidiana y en los compromisos terapéuticos intersubjetivos. La labor del psicoterapeuta es ayudar al cliente a darse cuenta de su necesidad de seguridad en las relaciones, a lograr una sensación de validación de sus afectos y de su experiencia interna, a conseguir una sensación de dependencia, confianza y consistencia con una persona significativa, a experimentar una experiencia compartida, a tener la oportunidad de autodefinirse, a adquirir la capacidad de hacer impacto en la relación, a permitir que el otro tome la iniciativa, y a reflejar la expresión de aprecio y gratitud. En la terapia de Kay y Andrew, la necesidad de seguridad, validación y confianza en el otro fueron extremadamente importantes. Ninguno de los dos clientes era consciente de la importancia de estas necesidades cuando iniciaron la terapia.

Las creencias de guión acerca de sí mismo, de los otros y de la calidad de la vida del cliente (Erskine y Zalcman 1979) son normalmente inconscientes, aunque a menudo resultan evidentes en las conversaciones sociales. Estas series pre-reflexivas de creencias de guión proporcionan un marco de autorregulación mental y representan conclusiones experienciales implícitas que se han formulado durante varios periodos evolutivos. Una vez formuladas y adoptadas, las creencias de guión influyen y determinan a qué estímulo (interno y externo) se va a prestar atención, cómo son interpretados y si se va a pasar o no a la acción. Las creencias de guión sirven como distracción contra la conciencia de experiencias pasadas, necesidades relacionales y emociones asociadas. Al principio de la terapia, ni Kay ni Andrew eran conscientes de sus creencias de guión ni de cómo estas creencias organizaban sus experiencias en la vida. Las creencias de guión de Andrew eran «Hay algo mal en mí», «No tengo a nadie» y «Nadie me entiende». Las creencias de guión de Kay eran «Estoy sola en el mundo», «Mis

sentimientos no son importantes» y «La gente va a controlarme». Cada una de estas creencias de guión determinó inconscientemente sus comportamientos, sus fantasías y la calidad de sus relaciones.

La introyección, por definición, es una identificación defensiva inconsciente con elementos de la personalidad de un otro significativo que ocurre en ausencia de contacto relacional pleno (Erskine 2003). Aunque a veces los clientes son conscientes de una voz interna crítica, no perciben la influencia dominante del Estado del Yo Padre. En la Psicoterapia Integrativa profunda, puede ser esencial investigar y hasta desactivar la introyección de las actitudes, los comportamientos o las emociones de personas significativas que fueron inconscientemente identificadas como propias (Erskine y Tratumann 2003). Con Kay y Andrew, no nos enfocamos en la psicoterapia del Estado del Yo Padre, no parecía pertinente al tratamiento. Para otros clientes, los afectos, las actitudes, las reacciones corporales y/o los patrones defensivos introyectados de personas significativas pueden influir internamente o incluso pueden dominar sus vidas. La consciencia y la resolución de la introyección son aspectos importantes de la Psicoterapia Integrativa profunda.

El proceso de la psicoterapia

¡Nuestra tarea psicoterapéutica es ayudar a nuestros clientes a hacer consciente lo que es «inconsciente»! Lo que la mayoría de la gente considera generalmente «memoria consciente», normalmente está compuesta de memoria explícita --el tipo de memoria que se describe como simbólica: una imagen fotográfica, una pintura impresionista o una grabación de lo que se dijo en ocasiones anteriores. Tal memoria explícita o declarativa está por lo general anclada en la capacidad de utilizar lenguaje social y conceptos para describir la experiencia. La experiencia inconsciente normalmente carece de la memoria explícita de un evento porque es simbólica o pre-simbólica, fisiológica o procedimental, reprimida o el resultado del trauma (Bucci 2001; Fosshage 2005; Howell 2005; Lyons-Ruth 1999). Dicha memoria inconsciente es potencialmente «sentida» como tensiones fisiológicas, afectos indiferenciados, anhelos o repulsiones y manifestada como patrones relacionales pre-reflexivos y autorreguladores. Estos son los síntomas que traen los clientes a la psicoterapia.

Clientes como Kay y Andrew requieren de un psicoterapeuta que tenga en cuenta las variadas dimensiones de las memorias implícitas, pre-simbólicas, sub simbólicas y procedimentales. En una psicoterapia relacional e interactiva es necesario que el terapeuta permanezca sensible a la comunicación inconsciente

inherente en las expresiones transferenciales, tanto en la relación terapéutica como, y de manera importante, en las transferencias de la vida cotidiana (Freud 1912b). Las escaladas afectivas, los conflictos relacionales, las preocupaciones y los miedos habituales, la ausencia de afectos, y algunas dolencias pueden representar una forma de expresión inconsciente de una memoria implícita y emocional. La memoria procedimental inconsciente puede ser expresada en estilos de apego marcados por ambivalencia, evitación o agresión (Main 1995; Wallin 2007).

Es a través del propio conocimiento del psicoterapeuta sobre sus reacciones emocionales personales y sobre sus alianzas con el cliente (junto con la comprensión sobre el desarrollo infantil y las reacciones autoprotectoras), que el terapeuta puede sentir la comunicación inconsciente del cliente sobre sus conflictos relacionales o sobre sus experiencias traumáticas de la infancia temprana. Con la sintonía rítmica y afectiva, y la conciencia de la importancia de las necesidades relacionales, el psicoterapeuta puede crear una indagación fenomenológica e histórica sensible que permita a la memoria emocional pre y sub simbólica inconsciente ser comunicada simbólicamente a través de un lenguaje compartido con un oyente que está implicado y en sintonía (Erskine, Moursund y Trautmann 1999).

Por ejemplo, Kay no pudo poner en palabras con su primer terapeuta, quien se centró en metas educativas y en su carrera, su experiencia en el hospital; ni con su segundo terapeuta, cuyos métodos enfatizaban la confrontación y el comportamiento correcto. Cuando un terapeuta se centra principalmente en un cambio conductual, proveyendo explicaciones y alentando a la redecisión, o se siente obligado a seguir una perspectiva teórica, podría estar ignorando en la psicoterapia la oportunidad para que el proceso inconsciente de comunicación del cliente sea recibido, entendido y transformado en lenguaje. Nosotros percibimos la naturaleza inconsciente del desarrollo de las experiencias pre y subsimbólicas a través de una sintonía afectiva y rítmica sostenida. Mediante nuestra empatía, notamos las necesidades relacionales que no fueron correspondidas, y cómo responder terapéuticamente a dichas necesidades no correspondidas y a los estilos de compensación y de apego resultantes.

Kay necesitó un psicoterapeuta que pudiese responder emocionalmente a su miedo al abandono, a su profunda soledad y a su enfado por ser controlada. Ella necesitaba una sintonía tanto con la agonía de la niña de dos a cuatro años, como con la niña en regresión a un nivel evolutivo pre-verbal --una regresión que conllevaba un intento desesperado de autorregulación. Requirió un psicoterapeuta que se sintonizase con su silencio, con su ritmo y con su desesperación; alguien

que jugase con ella y pudiera ayudarle a reflejar sus experiencias inconscientes pre-verbales, nunca verbalizadas, no reconocidas y carentes de recuerdo, en una comunicación interactiva y en lenguaje. Kay necesitó un terapeuta que supiese descodificar sus experiencias no verbales siendo, a la vez, sensible al significado subyacente en sus comentarios de distracción, en sus silencios, en sus gestos con el rostro y con las manos, y en sus necesidades evolutivas; un terapeuta quien, a través de su reciprocidad afectiva y de su inferencia terapéutica, pudiera suplir los vocablos necesarios y los conceptos que posibilitaran poner sus experiencias en palabras --y hacer así consiente la experiencia inconsciente del hospital.

Andrew requirió un terapeuta sensible a su abrumador sentido de vergüenza y a su terror al castigo, así como a sus funciones psicológicas y a las creencias de guión latentes de sus numerosas obsesiones. Necesito también una combinación de protección terapéutica contra el castigo, y una comprensión de sus patrones pre-reflexivos inconscientes de apego previos, de su autorregulación y de sus necesidades relacionales (Moursund y Erskine 2004). La evitación de Andrew a relatar su experiencia sexual tuvo como resultado que la experiencia se volviera inconsciente. Con el empleo consistente por parte del terapeuta de la indagación fenomenológica, las memorias inconscientes de Andrew se transformaron en memoria explícita y en una narrativa simbólica. Ya no se obsesionaba para distraerse de su miedo original al castigo.

Las historias de Kay y Andrew reflejan la importancia de la sintonía y de la implicación del psicoterapeuta para descodificar los diferentes aspectos de la comunicación inconsciente pre-simbólica y subsimbólica. El objetivo de la Psicoterapia Integrativa profunda es proveer en la relación terapéutica la calidad, la comprensión y la habilidad que faciliten al cliente hacer consciente lo que era previamente inconsciente, para que finalmente pueda tener una relación íntima con otros, mantener una buena salud y poder involucrarse en las tareas de la vida cotidiana sin restricciones preconcebidas.

Transactional Analysis Journal Vol. 38, No.2, April 2008

Richard G. Erskine, Ph.D., Training Director of the Institute for Integrative Psychotherapy, New York, is a clinical psychologist, licensed psychoanalyst, and Teaching and Supervising Transactional Analyst (psychotherapy). He is visiting professor of psychotherapy at the University of Derby and runs several international training programs and workshops as well as maintaining a private psychotherapy practice in New York City. He may be reached at the Institute for Integrative Psychotherapy, 500 East 85th St., PHB, New York, NY 10028, U.S.A.; e-mail: integpsych@earthlink.net; Web site: www.integrativetherapy.com .

REFERENCIAS

- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1976). What is intuition? In E. Berne, *Beyond games and scripts: Selections from his major writings* (C. M. Steiner & C. Kerr, Eds.) (pp. 29-36). New York: Grove Press. (Original work published 1947)
- Berne, E. (1977a). The ego image. In E. Berne, *Intuition and ego states: The origins of transactional analysis* (P. McCormick, Ed.) (pp. 99-119). San Francisco: TA Press. (Original work published 1957)
- Berne, E. (1977b). Primal images and primal judgment. In E. Berne, *Intuition and ego states: The origins of transactional analysis* (P. McCormick, Ed.) (pp. 67-97). San Francisco: TA Press. (Original work published, 1955)
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychology comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1-10.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: Guilford Press.
- 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: Norton.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Erskine, R. G. (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)
- Erskine, R. G. (2003). Introjection, psychic presence and parent ego states: Considerations for psychotherapy. In C. Sills & H. Hargaden (Eds.), *Ego states* (Vol. 1 of Key concepts in transactional analysis) (pp. 83-108). London: Worth Publishing.
- Erskine, R. G., Moursund, J. P., & Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-inrelationship*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Erskine, R. G., & Trautmann, R.L. (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)
- Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (2003). Resolving intrapsychic conflict: Psychotherapy of parent ego states. In C. Sills & H. Hargaden (Eds.), *Ego states* (Vol. 1 of Key concepts in transactional analysis) (pp. 109-134). London: Worth Publishing.
- Erskine, R.G., & Zalcman, M. J. (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)
- Fosshage, J. L. (2005). The explicit and implicit domains in psychoanalytic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 25(24), 516-539.
- Freud, S. (1957). The unconscious. In I. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 159- 215). London: Hogarth Press. (Original work published 1915)
- Freud, S. (1958a). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. & 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. (1958b). The interpretation of dreams. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vols. 4 & 5). London: Hogarth Press. (Original work published 1900)
- Hargaden, H., & Sills, C. (2002). Transactional analysis: A relational perspective. Hove, England: Brunner Routledge.
- Heinmann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- 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.
- Kohut, H. (1977). The restoration of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder. New York: International Universities Press.
- Lourie, J. (1996). Cumulative trauma: The nonproblem problem. *Transactional Analysis Journal*, 26, 276-283.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.
- Lyons-Ruth, K. (2000). "I sense that you sense that I sense ... ": Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21, 85-98.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Moursund, I. P., & Erskine, R. G. (2004). *Integrative psychotherapy: The art and science of relationship*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Novellino, M. (1984). Self-analysis of countertransference in integrative transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 14, 63-67.
- Novellino, M. (2003). Transactional psychoanalysis. *Transactional Analysis Journal*, 33, 223-230.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, P. D. (1997). *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- Reik, T. (1964). *Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst*. New York: Pyramid Books. (Original work published 1948)
- Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin.
- Schacter, D. L., & Buckner, R. L. (1998). Priming and the brain. *Neuron*, 20, 185-195.
- Siegel, D. J. (2003). *An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and resolution of trauma*. In M. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma* (pp. 1-56). New York: Norton.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: Norton.
- Stolorow, R., & Atwood, G. (1989). The unconscious and unconscious fantasy: An intersubjective developmental perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 364-374.
- Suttie, I. D. (1988). *The origins of love and hate*. London: Free Association Books. (Original work published 1935)
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.