

# Guiones de Vida: Patrones Relacionales Inconscientes e Implicación Psicoterapéutica

*Richard G. Erskine, Ph.D.*

*Traducción: Aurora Cáceres Grazioso y Arantza Arrillaga Arregui*

*Revisión: Angela Pérez Burgos*

Los Guiones de Vida son una compleja serie de patrones relacionales inconscientes basados en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas y/o decisiones explícitas 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, 1980/1997).

Los guiones se desarrollan con frecuencia por infantes, niños pequeños e incluso adultos como un medio de 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 significativas!* Tales Guiones de Vida son sistemas inconscientes de organización psicológica y de auto-regulación formados principalmente por memoria implícita, 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 en 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 físicamente 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 implican a una compleja red de circuitos neuronales formada por pensamientos, afectos, reacciones bioquímicas y fisiológicas, fantasías, patrones relacionales y el importante proceso de auto-regulación 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 todos ellos de una psicoterapia en 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, 1993/97).

*Proceso Inconsciente.* El propósito de una psicoterapia profunda sería es la resolución de las inhibiciones o compulsiones del guión inconsciente del cliente en la relación con las personas, en la inflexibilidad de la solución de problemas y en las deficiencias con el cuidado de la salud. Tal "cura del guión" (Erskine, 1980/1997) supone una reorganización y una nueva integración de estructuras afectivas y cognitivas, deshacer las retroflexiones psicológicas, dismantelar las introyecciones

y escoger conscientemente un comportamiento que tenga sentido y que sea apropiado en la relación y en la tarea 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 consciencia de lo que previamente fue inconsciente, para que pueda tener intimidad con los demás, pueda mantener una buena salud y pueda participar en las tareas de la vida diaria sin restricciones preformadas.

Lo que la mayoría de la gente considera un "recuerdo consciente" está normalmente compuesto de una 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 que es "inconsciente" normalmente carece de recuerdos explícitos porque es sub-simbólica. La memoria sub-simbólica es potencialmente "sentida" como tensiones fisiológicas, afecto indiferenciado, deseos o repulsiones y patrones pre-reflexivos relacionales y auto-reguladores (Bucci, 2001).

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 *adoptadas bajo estrés*, estamos incluyendo patrones de guión que están formados por la memoria explícita que se incrusta en decisiones conscientes o preconscientes de un período previo del desarrollo. Además, también estamos describiendo el resultado estructurado de la memoria implícita así como las formas procedimentales inconscientes de relacionarse con otros, los procesos corporales inconscientes, los aspectos inconscientes del trauma acumulativo y de la disociación, los efectos inconscientes de la falta de sintonía acumulada y la negligencia, la introyección inconsciente y/o la organización inconsciente pre-reflexiva de estilos de apego, necesidades-relacionales y auto-regulación. Cada uno de estos precedentes de un Guión de Vida requiere una forma específica de terapia, para hacer posible 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 Wollams (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 períodos críticos del desarrollo evolutivo cuando un niño es más susceptible a dichos mensajes y el perjuicio psicológico tanto de los mandatos como de la conformidad resultante. Cada uno de estos teóricos básicamente 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) puso un énfasis particular en el poder coercitivo de los mensajes declarados y ulteriores de los padres para determinar perniciosamente la vida de un niño, mientras que Bob y Mary Goulding (1978) describieron una lista de esos mandatos que conformaron la base de las decisiones infantiles que generan el guión. Sus ejemplos de decisiones de guión son ejemplos de memorias explícitas en 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 de una terapia de redecisión. Como resultado de esta percepción consciente de cómo el guión fue originalmente decidido, con la consciencia de las consecuencias de por vida y con el apoyo del terapeuta, resulta posible una redecisión que cambiará la vida (Erskine, 1974/1997). Varios ejemplos de cómo las redecisiones son una forma efectiva de terapia de guión cuando las dinámicas del guión y las decisiones se pueden recordar explícitamente, se encuentran 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 "Integrative Psychotherapy in Action" (1988/1998).

Allen y Allen (1972) sugirieron que el permiso del terapeuta para vivir de modo diferente a los mandatos parentales impuestos es un elemento importante, al contrarrestar o alterar los efectos de ese recuerdo que da forma al guión, 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 el Sistema de Racket (Erskine y Zalzman, 1979/1997). El Sistema de Guión provee un modelo de cómo las creencias de guión son formadas a partir de decisiones explícitas, conclusiones experienciales implícitas y pre-simbólicas y/o introyecciones, que subsisten en la vida actual en donde son expresadas a través de la conducta, la calidad de las relaciones, las fantasías, las sensaciones físicas internas y la memoria explícita seleccionada (Erskine y Moursund, 1988/1998).

*Memoria Implícita: Falta de Sintonía Acumulativa y Conclusiones Experienciales.* No todos los Guiones de Vida están basados en mandatos parentales o decisiones de guión. Las conclusiones inconscientes basadas en las experiencias vividas representan una proporción importante de los Guiones de Vida. Las conclusiones experienciales implícitas están compuestas de afecto inconsciente, reacciones físicas y relacionales que están sin concepto, sin lenguaje, sin secuencia de eventos o sin 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, de conceptos y de un lenguaje adecuado, permanecen inconscientes. Posteriormente en la vida, estas conclusiones inconscientes son sentidas y expresadas a través de una sensación de anhelo insatisfecho o de repulsión y de un afecto indiferenciado o no expresado. También pueden sentirse como confusión, vacío, sensaciones corporales incómodas y/o un conocimiento procedimental de cautela en las relaciones. Estas sensaciones fisiológicas son memorias afectivas 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, subsimbólicas e implícitas de respuestas afectivas condicionadas y sensoriomotoras, conductas auto-reguladoras y perentorias reacciones inhibitoras y anticipatorias que culminan en conclusiones inconscientes.* Dichas conclusiones implícitas experienciales aportan una variedad de funciones psicológicas, tales como orientación, auto protección y categorización de las experiencias. La memoria implícita se refiere al procesamiento de estímulos subliminales, sensaciones fisiológicas y afecto, así como a la experiencia vivida que, en vez de volverse consciente como una memoria explícita, permanece no simbolizada y por lo tanto inconsciente hasta que hay una persona involucrada e interesada que facilita 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 están reiteradamente angustiados, ansiosos o enfadados, las interacciones relacionales cruciales de la infancia y de la primera niñez podrían 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 está alegre o angustiado. 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 normalmente – 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 estén embrollados 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 o 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 de 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 en donde hay un ambiente de negligencia psicológica, falta de sintonía afectiva prolongada o burlas reiteradas, a menudo no logran desarrollar un sentido de competencia, de auto-definición o de capacidad de hacer impacto en otros. Como resultado, renuncian a cualquier noción de que ellos pueden influir en el curso de sus propias vidas o hacer un impacto en otras personas. Su necesario sentido de seguridad, auto-valoración, eficacia y gestión o auto-definición, pueden ser lenta y repetidamente minados con comentarios despectivos, burlas o declaraciones humillantes de los padres, los profesores, los hermanos y los otros niños. El resultado podría ser una permanente sensación de vergüenza y la convicción de que “algo está mal en mí” (Erskine, 1994/1997). En algunas situaciones, los niños y adolescentes lo sobrecompensan inconscientemente siendo extremadamente competentes, exigentes en su auto-determinación o insistentes en hacer impacto en los demás. Los recuerdos afectivos de esa negligencia repetitiva, de la falta de sintonía o de las críticas, aunque implícitos 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*, una reacción retardada a decenas de memorias implícitas de importantes interrupciones relacionales y a conclusiones repetitivas no verbales sobre sí mismo, los otros y la calidad de vida (Lourie, 1996; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999). Muchos sentimientos personalmente turbadores y muchas creencias de guión acerca de la auto-valoración, la pertenencia dentro de un grupo o la capacidad de aprender, tienen su origen en las respuestas inconscientes físicas y afectivas a la crítica acumulativa, la desatención y 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 de guión acerca de sí mismo, de otros y de la cualidad de pertenencia a un grupo. Las actitudes y conductas de los profesores pueden también ser significativas en la configuración de la identificación

inconsciente y/o las conclusiones experienciales.

*Guión Corporal.* Los Guiones de Vida frecuentemente son codificados bioquímicamente dentro del tejido corporal. En casi todos los casos de 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 de actuar de acuerdo con las necesidades (Damasio, 1999). La amígdala y el sistema límbico del cerebro están desbordados y la expresión natural fisiológica y afectiva puede que se active hacia dentro, una retroflexión fisiológica (Perls, Hefferline y Goodman, 1951). Esta retroflexión 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 física, con frecuencia se mantiene durante años como una estructura fisiológica, una acción habitual o 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 un origen o bien en un trauma agudo o crónico, o en una negligencia acumulativa, son casi siempre fisiológicos – *el guión está dentro del cuerpo* – como resultado de reacciones de supervivencia dentro del eje hipotalámico-pituitario-adrenal del cerebro y la correspondiente a tensión muscular (Cozolino, 2006). Estas reacciones psicológicas de supervivencia con frecuencia vuelven a ocurrir como respuestas automáticas y repentinas que involucran a 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 del cerebro se han vuelto "condicionadas al miedo" y se han asociado a otras dinámicas del guión tales como las creencias centrales de guión, patrones conductuales y un conglomerado de recuerdos emocionales (LeDoux, 1964).

Cuando el estrés o la negligencia ocurren prematuramente en la vida, son prolongados o extremos, el funcionamiento del cerebro y la conducta se organizan en torno al miedo, la rigidez y a una evitación de estimulación y exploración (Cozolino, 2006). 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 o a una forma de terapia narrativa y, en muchos casos, que no esté disponible a la consciencia. Varios escritos e informes de investigación del desarrollo infantil temprano apoyan la idea de que el guión 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 et al., 1986; Tronick y Gianino, 1986; Weinberg y Tronick, 1998).

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 el afecto, con la expresión de necesidades relacionales actuales o con el mantenimiento de la buena salud. Cuando abordo una

terapia de gui3n corporal, el objetivo del tratamiento es energetizar el tejido corporal que se volvi3 inhibido y r3gido cuando las necesidades relacionales y f3sicas del desarrollo evolutivo fueron insatisfechas y se reprimieron los sentimientos originales. La terapia de gui3n corporal puede servir de entrada para hacer una terapia afectiva o cognitiva o podr3a ser un paso concluyente en el tratamiento de una restricci3n espec3fica del gui3n. Las intervenciones a nivel de gui3n corporal incluyen aquellos enfoques que conducen a cambios som3ticos, tales como una atenta consciencia al proceso corporal, trabajo profundo de masaje, relajaci3n de las tensiones, dieta adecuada, y actividades deportivas y l3dicas que aumentan el flujo de energ3a y el movimiento del cuerpo.

La cura del gui3n a un nivel fisiol3gico 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 guiones de vida son a menudo evidentes para un observador, como un aspecto m3s relajado, una mayor libertad de movimiento, un aumento de la energ3a y un nivel de peso establecido que es apropiado para la compleji3n de la persona. Los clientes comentan tener una mayor sensaci3n de vitalidad, m3s facilidad de movimiento y un acrecentado sentimiento de bienestar.

Una descripci3n de los m3todos que son 3tiles en la cura de los aspectos fisiol3gicos del Gui3n de Vida, est3 fuera del 3mbito de este cap3tulo. Sin embargo, es la responsabilidad del psicoterapeuta centrarse en los procesos corporales, en las reacciones fisiol3gicas, las retroflexiones y las estrategias de afrontamiento de la infancia temprana e incluso en los min3sculos movimientos o en los silencios como una expresi3n de las reacciones fisiol3gicas que est3n incrustadas en un Gui3n de Vida.

*Introyecci3n: ¿De qui3n es el Gui3n?* Una introyecci3n es una identificaci3n, auto-protectora e inconsciente, con aspectos de la personalidad de otros significativos que se produce en la ausencia de contacto pleno, cuando las necesidades fundamentales en una relaci3n de dependencia no se han satisfecho. La introyecci3n proporciona una compensaci3n psicol3gica 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 en d3nde resulta aparentemente m3s f3cil de gestionar (L. Perls, 1978). Por lo tanto, la introyecci3n va acompa3ada por reacciones fisiol3gicas de supervivencia.

Muchos aspectos del Gui3n de Vida de una persona pueden ser, en realidad, el resultado de introyectar los sentimientos, las reacciones corporales, las actitudes, las creencias de gui3n, las conductas y los patrones relacionales de los padres, los profesores o de otras personas significativas. Podr3a ser indispensable, en un tratamiento exhaustivo del Gui3n de Vida, identificar el origen de la depresi3n del cliente, sus decepciones, su amargura, su resentimiento o su cr3tica interna. ¿Son tales actitudes, creencias, anticipaciones y conductas, el resultado de su propia experiencia de vida, conclusiones y decisiones? ¿O son estos los pensamientos, sentimientos, conductas y sistemas de afrontamiento asumidos que ha introyectado de un otro significativo? ¿Es el gui3n el resultado de una defensa auto-cr3tica contra la consciencia de la influencia interna de una introyecci3n? (Erskine, 1988/1997). La explicaci3n terap3utica y la identificaci3n de los muchos aspectos de la introyecci3n, y la psicoterapia necesaria, son importantes en la planificaci3n del tratamiento y en la selecci3n de los m3todos que conducen a la cura del gui3n. Los m3todos espec3ficos en el tratamiento de la introyecci3n o de la auto-cr3tica vehemente y ejemplos de casos reales, se detallan en algunos de los distintos

textos escritos (Erskine, 2003; Erskine y Trautmann, 2003; Erskine y Moursund, 1988/1998; Erskine, Moursund y Trautann, 1999; 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 de una interposición terapéutica, o de una completa desmantelación 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.* La memoria implícita 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 o en alguna 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 cada día (Freud, 1912/1958). 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, p. 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 el sentido de la importancia para los recuerdos afectivos y psicológicos. 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 las "versiones posteriores o palimpsestos" acumulativas del Guión (Berne, 1961, p. 124), 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 los fracasos y las interrupciones en las relaciones previas, además de una expresión de necesidades-relacionales y un deseo de alcanzar la intimidad en las relaciones. Es una actuación inconsciente de experiencias pasadas cargadas de afecto y de funciones psicológicas tales como auto-regulación, compensación o auto-protección (Brenner, 1979; Erskine, 1993/1997; 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, la falta de sintonía acumulativa de los padres a su afecto 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 preescolar. Mi indagación fenomenológica e histórica, mi sintonía afectiva, evolutiva y rítmica, y la inferencia terapéutica, revelaron que la pequeña Elizabeth estuvo profundamente afectada por la depresión de su madre. Una de nuestras tareas terapéuticas fue 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 enfocó en hacer conscientes su afecto inconsciente y su experiencia fisiológica, y en prestar atención a sus necesidades evolutivas de una relación de confianza, consistente y comprometida. Imbricados 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 primeras impresiones sobre Elizabeth fueron las de una niña no querida y desatendida.

Estaba casada y describía la relación con su marido como "prácticamente nos limitamos a vivir juntos", sin mucho contacto físico. Elizabeth no veía problema en su matrimonio, porque ella y su marido a menudo hacían cosas juntos, tales como asistir a muchas salas de cine, y estaba encantada de que él hiciera la compra y preparara la comida.

Su padre le dijo en cierta ocasión muy enfadado que su madre estaba "deprimida" y que la depresión fue el motivo por el que ella "abandonó" a la familia cuando Elizabeth tenía 5 años. Su padre se irritaba y se volvía crítico si Elizabeth le preguntaba cualquier cuestión acerca de su madre. No había ninguna foto de ella, ni tampoco ningún contacto con la familia de la madre. La madre dejó 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 ninguna validación de su profundo duelo y de su necesidad de ser amada. Ella inconscientemente concluyó, durante los años de su infancia, que sus sentimientos, su vacío y su anhelo significaban "soy un estorbo para la gente".

Elizabeth no pudo conscientemente recordar nada acerca de su madre. No podía evocar cómo era. El padre admitió que había destruido todas las fotografías, incluyendo las fotos de la boda, las fotos donde aparecía Elizabeth cuando era un bebé con su madre 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 consciencia del vacío 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 acerca de su madre, inconscientemente se acariciaba sus labios o su pelo. Yo reconocí esos gestos inconscientes como una necesidad de seguridad y de maternaje temprano a pesar de que ella no podía ni pensar, ni verbalizar sus necesidades. Su gesto de consuelo al principio no tenía ningún significado para ella hasta que



hablamos muchas, muchas veces, de acariciarse sus labios y su pelo, y relacionó ese gesto de consuelo con la necesidad de afecto maternal y de un contacto físico reconfortante. Aunque ella no tenía consciencia de su necesidad de ser cuidada, externalizó sus necesidades inconscientes en la transferencia a través de su indefensión y de su porte descuidado.

Elizabeth encontraba incomprensible que yo pensara en ella entre las sesiones. No tenía ninguna sensación de que pudiera tener un impacto 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. Ella esperaba que fuera crítico con ella. En las primeras sesiones, fue capaz de identificar esta expectativa de mi criticidad potencial y la relacionó con recuerdos específicos de las "constantes críticas de su padre hacia todos". Durante esta fase de la terapia, ella tomó consciencia de haber asumido, entre los 10 y 12 años de edad, una decisión explícita de guión de ser cautelosa con los demás porque "las personas son críticas".

Elizabeth pudo recordar algunas historias y recuerdos concretos de interacciones con su padre, especialmente de eventos 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 consciencia de sus necesidades relacionales. Durante la psicoterapia, la memoria implícita de Elizabeth se transformó en historias explícitas.

Elizabeth describió cómo 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, ella finalmente dijo: "Creo que no podía acurrucarme con mi padre. Su abrazo era firme y siempre tenía prisa o era crítico". 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 por qué pudo haber abandonado a la familia.

Nunca hice a Elisabeth alguna terapia 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, particularmente 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 fuera una expresión de su depresión o de su amargo resentimiento, o de ambas cosas

En el tercer año de terapia, indagué 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 una sintonía con las necesidades de ella como bebé y niña preescolar desatendida. Me di cuenta de que mantenía mi mirada sobre ella todo el tiempo, particularmente en sus ojos, cuando yo vislumbraba que ella bajaba la mirada o se sumía en una introspección. Experimenté una natural inocencia en ella y su disposición a "complacer a toda costa". Mis sensibles observaciones y reflexiones sobre sus posibles necesidades infantiles fueron recibidos con confusión y/o comentarios distractores – comentarios sin relación 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 – una

yuxtaposición entre lo que ella necesitó desesperadamente de los dos padres y sobre los que no había ni memoria implícita ni explícita. Su deflexión y comentarios distantes también expresaban la inconsciente Creencia de Guión "no necesito nada".

Elizabeth no tenía memoria explícita ni memoria implícita de su madre o de su padre sobre el vital contacto visual, los gestos o las palabras de cariño, o sobre cualquier atención a su pérdida, a su vulnerabilidad o a sus necesidades. Elizabeth no tenía el concepto de necesidades relacionales, solo el anhelo, la búsqueda vana de "algo". Su modelo de funcionamiento interno, una memoria implícita – o, en este caso, su *sin-recuerdo* porque los acontecimientos nunca habían ocurrido – conformaron su sensación de confusión, aflicción y vacío en respuesta a cada uno de mis comprensivos comentarios. No podía ser consciente *del trauma acumulativo de lo que nunca sucedió* pero que debía haber sucedido en una relación familiar amorosa. En lugar de eso, su conclusión inconsciente forjada durante muchos años de negligencia fue "no soy digna de amor".

Mi psicoterapia con Elizabeth se enfocaba con frecuencia en sus sensaciones físicas como una expresión inconsciente de posibles necesidades relacionales que no fueron reconocidas y que permanecieron insatisfechas cuando ella era una niña. Fui particularmente sensible a sus necesidades expresadas inconscientemente de seguridad, de validación y de confianza en alguien que es consistente, fiable y está en sintonía con su afecto. La necesidad-relacional de hacer impacto en otra persona significativa o de tener a otro que inicie cualquier gesto de cariño, brillaba por su ausencia en su dispersa narrativa sobre su familia. Cada una de estas necesidades se convirtió en parte integral de nuestra psicoterapia conjunta. Repetidamente identifiqué, validé y aprecié estas necesidades esenciales.

Imbricada en nuestra psicoterapia estaba una cuidadosa atención terapéutica a la sensación de vergüenza de Elizabeth - una vergüenza que sintió con sus compañeros de colegio por venir de una familia monoparental y tener una madre que había desaparecido. 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, sus propias necesidades – Elizabeth y yo co-creamos una historia que le empezó a brindar 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 de una niña pequeña que no fueron correspondidas. 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 sus vulnerabilidades 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 volvió lo suficientemente segura en nuestra relación terapéutica como para finalmente llorar por la pérdida de su madre y reconocer su rabia hacia las críticas y la distancia emocional de su padre. Su apariencia mejoró gradualmente con el tiempo. Periódicamente, iba vestida con

algo nuevo que le sentaba bien, de forma atractiva. Un día, en el quinto año de terapia, me sorprendió con un nuevo estilo de corte de pelo y de color – 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, declaró una creciente intimidad con él. Ya no buscaba más a su madre por las calles de Nueva York; su búsqueda inconsciente de amor se volvió consciente. Ella aprendió a ser amada.

*Implicación Psicoterapéutica.* Para los clientes que son similares a Elizabeth, la cura del guión necesita una psicoterapia relacional que aborde el afecto y la cognición, las necesidades evolutivas y las actuales, la transferencia en 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.

En una terapia relacional e 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, solo puede tener lugar en una atmósfera de sintonía sostenida del terapeuta al afecto, 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, la validación de su afecto e intentos de generar sentido, la normalización de las tentativas evolutivas del cliente por adaptarse y lidiar con la familia, y los factores de estrés de la escuela, y además ofrece una presencia interesada, cuidadosa y comprometida de una persona auténtica que le comunica al cliente que es apreciado.

La cura del guión es la meta principal de una psicoterapia integrativa. La cura del guión es el resultado de una integración del afecto, la cognición y la fisiología, para que estos aspectos tan importantes de la vida de una persona estén disponibles a la consciencia y para que la conducta, la salud y las relaciones sean el resultado de una elección flexible en vez de una compulsión o una inhibición.

Las personas que ya no están funcionando en un Guión de Vida restrictivo, declaran que tienen la capacidad de expresarse ellos mismos con pleno contacto en una relación, internamente están estables a nivel emocional porque están liberados de una predeterminada y restrictiva creencia del guión, y además son conscientes de sus necesidades actuales en las relaciones. Tienen una sensación de auto-definición, de gestión de sus acciones y de autenticidad; su conducta es tanto contextual como sensible a las necesidades-relacionales de otras personas. Interpersonalmente, son concienzudos, 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 en 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.*

*Post scriptum.* Una descripción detallada de la filosofía, de la perspectiva

terapéutica, y de los métodos de una psicoterapia integrativa relacional apropiada para facilitar la cura de estos Guiones de Vida tenaces está descrita en *Integrative Psychotherapy in Action* (Erskine y Moursund, 1988/1998), *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship* (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999) y *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship* (Moursund y Erskine, 2004).

*Biografía.* Richard G. Erskine, Ph.D., Director de Formación del Instituto de Psicoterapia Integrativa, Nueva York y profesor visitante de psicoterapia en la Universidad de Derby, RU. Es psicoanalista acreditado y psicólogo clínico, Analista Transaccional Docente y Supervisor certificado y terapeuta de Gestalt. Richard ha sido dos veces co-galardonado con el premio *Eric Berne Scientific/Memorial Award* por su desarrollo de la teoría y los métodos del Análisis Transaccional.

*Copyright.* Richard G. Erskine, Ph.D. y el Instituto de Psicoterapia Integrativa, NY. July 16, 2007.

## Referencias

Allen, J.R., & Allen, B.A. (1972). Scripts: The role of permission. *Transactional Analysis Journal*, 2, 72-74.

Beebe, B. (2005). Mother-infant research informs mother-infant treatment. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60: 7-46.

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.

Bloom, S.L. (1997). *Creating Sanctuary: Towards the Evolution of Sane Societies*. New York & London: Routledge.

Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137-158.

Bucci, W. (2001). Pathways of Emotional Communication. *Psychoanalytic Inquiry*, Vol. 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 1988. *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.

Erksine, 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. (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. & Moursund, J.P. (1988/1998). *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 on 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 and H. Hargaden (Eds.) *Ego States: Key \ concepts in transactional analysis contemporary views* (pp.109-134). London: Worth Publishing.

Erksine, 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).

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C., Yando, R., et al. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17, 150-151..

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).

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.

Langs, R. (1976). The therapeutic intervention: Vol. II. A critical overview and synthesis. New York: Jason Aronson.

LeDoux, J.E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 270: 50-57.

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, 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., Hefferline, R.F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.

Redecision Therapy: featuring Bob Goulding, MD & Mary Goulding, MSW (1987). San Francisco: International Transactional Analysis Association, 110 minute video.

Steiner, C. (1971). *Games Alcoholics Play*. NY: Ballantine Books.

Stuntz, E.C. (1972). Second order structure of the parent. *Transactional Analysis Journal*, 2: 59-61.

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.

Wollams, S. J. (1973). Formation of the script. *Transactional Analysis Journal*, 3: 31- 37.